

EL NUEVO MODELO DE FINANCIACION AUTONOMICA DE LA SANIDAD

JORGE MARTIN LOPEZ

*Becario del Programa Nacional de Formación de Profesorado Universitario de la Secretaría de Estado de Educación y Universidades (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte)
Departamento de Derecho Financiero y Tributario. Universitat de València*

INTRODUCCION

DE entre todas las novedades derivadas de la aprobación del nuevo sistema de financiación autonómica por la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía, el objeto del presente estudio se centra en una de las cuestiones que, desde los albores del actual Estado de las Autonomías, ha suscitado no pocos y extensos debates de índole jurídico, económico y político: la financiación de la sanidad pública española.

Dos son los puntos de partida desde los que procede abordar el análisis de la financiación del sistema sanitario. El primero, de carácter económico o cuantitativo, se refiere al peso específico que la sanidad ostenta sobre el total de la economía española. Así, si atendemos al porcentaje del Producto Interior Bruto (en adelante, PIB) que representa el gasto sanitario —porcentaje que se ha convertido en el principal indicador económico del sistema sanitario—, el total de dicho gasto representaba en 1980 el 5,6 % del PIB —un 4,5 % equivalente

La culminación del proceso de transferencia de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas y la integración de la financiación de la sanidad pública española en el modelo general de financiación autonómica, supone la superación del histórico sistema de financiación sanitaria instrumentado a través de aportaciones estatales de carácter finalista, y el tránsito hacia una nueva estructura de financiación del gasto público sanitario basada en los principios de autonomía financiera y corresponsabilidad fiscal de los entes autonómicos.

al gasto público sanitario y un 1,1 % correspondiente al gasto sanitario de naturaleza privada—, mientras que ya en 1997, el total del gasto sanitario español ascendía al 7,4 % del PIB —un 5,6 % público y un 1,8 % privado— (1). Por tanto, la primera premisa a tener en cuenta es que la sanidad constituye una materia de gran relevancia desde una perspectiva de gasto o presupuestaria, habiendo ésta experimentado, además, un crecimiento progresivo a lo largo de las dos últimas décadas. Importancia cuantitativa del gasto sanitario que, necesariamente, ha de conducir a plantear la problemática de su financiación; en efecto, si importante es el volu-

men del gasto público sanitario, igual o mayor trascendencia posee el sistema acogido para sufragar y financiar el mismo.

No obstante, a este primer factor cuantitativo del gasto se le añade el segundo punto de partida, éste de tipo jurídico o cualitativo, de similar o mayor trascendencia que el primero, que convierte la financiación del gasto público sanitario en una cuestión harto compleja. Obviamente, nos estamos refiriendo al fenómeno de descentralización del sistema sanitario y traspaso de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, el cual introduce de plano el conflictivo campo a que, en último término, responde nuestro estudio: la financiación autonómica de la sanidad.

Así pues, para proceder al examen del nuevo modelo de financia-

(1) Fuente: Eco-Sanidad OCDE 1998.

ción autonómica de la sanidad, hemos creído del todo conveniente estructurar el presente trabajo de acuerdo con los dos presupuestos mencionados. De este modo, una primera parte del mismo comprenderá el análisis del proceso formativo del sistema sanitario público español, prestando especial atención a las fuentes de financiación del gasto público sanitario y la evolución de éstas desde los inicios de la democracia española hasta el momento actual. Evolución que ha venido marcada, a título aproximativo, por el crucial cambio de un sistema de asistencia sanitaria financiado principalmente por cotizaciones sociales a otro de naturaleza fiscal, es decir, financiado vía impuestos. Cuestión ésta que, además, permitirá en este apartado enlazar, siquiera de un modo colateral, con la reforma del modelo de financiación del sistema de Seguridad Social –cuyo origen se encuentra en los Pactos de Toledo, y que culmina con la separación de las fuentes de financiación del mismo–, con el propósito de intentar poner de manifiesto cómo el gasto público sanitario y su financiación por la vía de las cotizaciones sociales pudo contribuir, de un lado, a potenciar una pretendida imagen de quiebra del sistema de Seguridad Social, y, de otro, a defender un sistema separado de financiación sanitaria como el que ha regido hasta la actualidad.

Una vez examinada la evolución de las fuentes de financiación de la sanidad pública española, en la segunda parte se introducirá ya el segundo de los parámetros antes referidos, cual es la territorialización del sistema público sanitario y las implicaciones que dicho fenómeno ha tenido en el campo de su financiación. De este modo, partiendo

de la distribución de competencias en materia sanitaria entre el Estado y las Comunidades Autónomas y del peculiar proceso de transferencias –culminado en fechas tan recientes–, analizaremos cuál ha sido la evolución del sistema de financiación autonómica de la sanidad hasta la actualidad, para posteriormente concluir con un minucioso examen de las innovaciones y características fundamentales introducidas en dicho ámbito por la citada Ley 21/2001.

I. LA SANIDAD PUBLICA ESPAÑOLA: LAS FUENTES DE FINANCIACION DEL GASTO PUBLICO SANITARIO

I.1. La evolución del sistema sanitario español: especial referencia a la financiación del gasto público sanitario

Este primer apartado pretende mostrar, de un modo conciso, la evolución que el sistema público sanitario español ha sufrido principalmente a lo largo del presente período democrático. No obstante, para ello procederemos a examinar, en primer lugar, la situación heredada del período franquista para, posteriormente, abordar la transformación experimentada por la sanidad española a raíz de la promulgación de la Constitución de 1978 y de su legislación de desarrollo, destacando la aprobación de la Ley 14/86, de 18 de marzo, General de Sanidad, por las profundas mo-

dificaciones que en ella se contemplan –cobertura, financiación, etc.–, y que supone el punto de partida en la creación del nuevo Sistema Nacional de Salud español.

Los orígenes de la sanidad pública española vienen marcados por la dicotomía entre Sanidad y asistencia sanitaria de la Seguridad Social (2). En efecto, junto al establecimiento de un sistema sanitario denominado de «Beneficencia» –creado al amparo de la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944, prestado por las Administraciones territoriales (Diputaciones Provinciales, Ayuntamientos y Cabildos Insulares) y que acometía la atención de aquella parte de la población sin ningún tipo de recursos económicos–, surge paralelamente una asistencia sanitaria ligada al entonces incipiente e imperfecto sistema de Seguridad Social. Es este segundo sistema el que, dada su relevancia y predominio frente al primero, va a ser objeto de análisis a lo largo de nuestro recorrido histórico por el sistema sanitario preconstitucional, quedando dicho estudio circunscrito, pues, a la evolución de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. De este modo, ha de advertirse que las expresiones «sanidad pública española», «asistencia sanitaria» y otros análogos estarán referidos únicamente a la asistencia sanitaria propia de la Seguridad Social, sin quedar comprendido en los mismos el régimen de Beneficencia referenciado. Además, dejaremos a un lado, en este

(2) Vid. GARCÍA GONZÁLEZ POSADA, J.: «La organización del sistema sanitario español», en Lecciones de Derecho Sanitario, AA.VV. (GÓMEZ Y DÍAZ-CASTROVERDE, J. M. y SANZ LARRUGA, F. J. [coord.]), A Coruña, 1999, pág. 41.

primer análisis, los fenómenos de descentralización sanitaria y financiación autonómica de la misma que, por su especial trascendencia, serán objeto de estudio separado en la segunda parte del mismo.

Hechas las preceptivas aclaraciones, y centrándonos ya en la evolución histórica de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, hay que reseñar que la misma nace vinculada al sistema de los seguros sociales (3). La etapa de los seguros sociales abarca desde principios del siglo XX hasta 1963, fecha en que se aprueba la Ley de Bases de la Seguridad Social (4). En una primera fase, los seguros sociales se configuran todavía como voluntarios, aunque fuertemente fomentados y subvencionados por el Estado —Ley de accidentes de Trabajo de 1900 y Seguro de Vejez de 1909—, para, en un segundo momento, convertirse en obligatorios, al mismo tiempo que aumenta su número y su campo de aplicación —Seguro de Retiro Obrero de 1919, extensión del seguro de accidentes de trabajo a los marinos en 1922, etc.—. Ya en el período republicano existieron diversos proyectos de coordinación de los seguros sociales existentes y de creación de otros nuevos —entre los

que se encontraba el seguro de enfermedad—, que, no obstante, se vieron truncados por el devenir de la guerra civil, tras la cual, las leyes fundamentales franquistas retomaron el proceso de desarrollo del sistema de seguros sociales. Este modelo de seguros sociales reseñado respondía, como su propio nombre indica, a un esquema de tipo asegurativo y previsional, que se caracterizaba, de un lado, por un ámbito personal de tipo profesional —trabajadores por cuenta ajena— y financiado vía cuotas según el esquema del seguro privado, y, de otro, por una cobertura por riesgos protegidos aisladamente considerados, aunque divididos en la dualidad riesgos comunes-riesgos profesionales.

Así, por lo que respecta a la prestación de asistencia sanitaria, la Ley de 14 de diciembre de 1942 constituye el Seguro Obligatorio de Enfermedad que, bajo el Instituto Nacional de Previsión, establece un modelo de cobertura de los riesgos sanitarios basado en ese esquema del seguro social, mediante el establecimiento de cuotas vinculadas al trabajo, y únicamente aplicable en su inicio a productores económicamente débiles de la industria y el comercio cuyas rentas no excedieran de 9.000 pesetas anuales. Muy pronto el sistema de seguro sanitario implantado por esta Ley se desarrolló extraordinariamente, ampliándose paulatinamente su cobertura tanto subjetiva —inclusión de un mayor número de personas protegidas— como objetiva —aumento de su cuadro de prestaciones—.

En 1963 se inicia una segunda etapa en la evolución histórica de la Seguridad Social en España, como consecuencia de la aprobación en ese año de la Ley Bases de la Seguridad Social. Esta Ley pre-

tende iniciar un proceso de superación del esquema del seguro social hasta alcanzar un sistema de Seguridad Social tal y como éste es entendido en la actualidad —existencia de niveles asistenciales y objetivos redistributivos—, pero dicho propósito no pasó de ser un mero intento, alcanzándose únicamente una cierta ordenación y racionalización de los seguros sociales existentes. Es con la creación de ese nuevo «pseudo-sistema de Seguridad Social» cuando se produce la integración en el mismo del Seguro Obligatorio de Enfermedad, de modo que, entre el elenco de prestaciones incluidas en la Ley de Bases de 1963, se encontraba ya regulada la de asistencia sanitaria, extendiéndose, además, su campo subjetivo de cobertura a la práctica totalidad de los trabajadores.

El siguiente cambio de relevancia dentro de la sanidad pública nos conduce al período inmediatamente anterior a la aprobación del texto constitucional. Así, se crea en 1977 el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social —actualmente, Ministerio de Sanidad y Consumo—, y un año después se aprueba el Real Decreto-Ley 36/1978, que pretende llevar a cabo esa racionalización de las prestaciones proclamada en la Ley de Bases de 1963 y, ante todo, reformar la estructura institucional de la Seguridad Social. De este modo, se elimina el histórico Instituto Nacional de Previsión, creándose organismos de gestión de nueva índole, entre los que se encuentra el Instituto Nacional de la Salud (en adelante, INSALUD), al que se le dota de competencias de gestión en materia de prestaciones sanitarias de la Seguridad Social.

La aprobación de la Constitución española de 1978 supone un giro radical en el proceso evolutivo

(3) Sobre la aparición y desarrollo de los seguros sociales en España, vid., entre otros, BLASCO LAHOZ, J. F. *et al.*: Curso de Seguridad Social, 6.ª Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 1999, págs. 46 y ss.

(4) La implantación del sistema de seguros sociales tiene su causa, de un lado, en un fuerte intervencionismo estatal, del que se deriva la creación en 1908 del Instituto Nacional de Previsión, y, de otro, en una corriente doctrinal de reforma social que desencadena las Conferencias de seguros sociales de 1917 y 1922, en las que se tratan por primera vez los seguros de vejez y de enfermedad.

tanto de la Seguridad Social como del sistema público sanitario, los cuales, como hemos apuntado, se encontraban estrechamente vinculados. Centrándonos en la materia sanitaria, hemos visto como hasta ese momento el sistema español de sanidad pública respondía básicamente a un modelo asegurativo o de Seguridad Social de tipo contributivo —con las matizaciones apuntadas—, en el que el derecho a la prestación sanitaria se hallaba vinculado a la relación laboral y a las cotizaciones sociales, y junto al cual coexistía, como hemos señalado, un segundo sistema de Beneficiencia, de importancia y dimensiones notablemente inferiores al primero. Pues bien, la Constitución dota de una nueva configuración a ese modelo de sanidad pública, que pasa a caracterizarse por dos hechos diferenciales: primero, la consagración en su artículo 43 de la universalización de la prestación de asistencia sanitaria, al reconocer a todos los ciudadanos el derecho a la protección de la salud y obligar a los poderes públicos a velar por ella a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, si bien la concreción de dicho postulado se remitió a una posterior ley de desarrollo, cuya aprobación no se produjo hasta 1986 (5); segundo, la distribución de competencias en materia sanitaria entre el Estado y las Comunidades Autónomas, y que desembocará en el posterior proceso

de transferencias de los servicios sanitarios.

Es preciso esperar casi ocho años para que se apruebe la ley de desarrollo prevista en el texto constitucional. Así, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (en adelante, LGS) introduce, de acuerdo con las directrices constitucionales, un nuevo sistema de sanidad pública española, mediante la creación el denominado «Sistema Nacional de Salud». Las principales características de este sistema, obviando en este momento las cuestiones relativas a la descentralización sanitaria, responden, por un lado, a esa universalización de la asistencia sanitaria antes mencionada y, por otro, a un nuevo sistema de financiación del gasto público sanitario en el que la sanidad deja de configurarse como una prestación social de perfil contributivo para convertirse en un derecho de carácter universal.

La universalidad (6) de la prestación sanitaria la encontramos en los artículos 1 y 80 de la LGS. El artículo 1 reconoce la titularidad del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, así como a los extranjeros no residentes en España y españoles fuera del territorio nacional en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan. Para llevar a cabo tal ampliación global de la

asistencia sanitaria, el artículo 80 habilita la extensión de la cobertura sanitaria pública del sistema de Seguridad Social a las personas no incluidas en aquella, aprobándose a tal efecto el Real Decreto 1.088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes. De este modo, la cobertura en materia de prestaciones sanitarias se amplió en pocos años a la práctica totalidad de la población (7).

En cuanto al sistema de financiación del gasto público sanitario —y sin entrar en su aspecto autonómico—, se produce una importante reforma del mismo. En efecto, la universalización de la prestación sanitaria había de estar inexorablemente acompañada de una revisión de sus fuentes de financiación, que hasta ese momento provenían casi en su totalidad de las cotizaciones sociales. Revisión que se cristaliza en la Ley de Presupuestos Generales del Estado de 1989, la cual instaura un nuevo esquema de financiación del sistema público sanitario, en el que se prevé la sustitución progresiva de las cotizaciones sociales por la vía fiscal, materializada a través de aportaciones centrales de carácter finalista con cargo a los Presupuestos Generales del Estado (8). Como se expondrá

(5) Hecho que entronca con la polémica cuestión de si ese reconocimiento del derecho a la protección de la salud se efectúa o no de un modo desvinculado al sistema público de Seguridad Social, debido a su regulación en preceptos constitucionales diferentes.

(6) Sobre el principio de universalidad recogido en la LGS, vid. ARANDA PARDO, G.: «El derecho a la Protección de la Salud en la Constitución Española. Desarrollo legislativo», en Aspectos del Régimen Jurídico de la Sanidad Pública, AA.VV., IVESP, Valencia, 1995, págs. 55 y ss.

(7) Según la Encuesta Nacional de Salud de 1995, el porcentaje de población cubierta por la prestación de asistencia sanitaria ascendió en tal año a un 99,5 % del total.

(8) Sobre la evolución de la financiación de la sanidad pública española, vid. CALONGE, S. y RODRÍGUEZ, M.: «Consecuencias distributivas y de equidad de las políticas de gasto y financiación de la sanidad», en Papeles de Economía Española, n.º 76, 1998, págs. 262 y ss.

en el apartado siguiente, este sistema de financiación sanitaria fue acogido en los Pactos de Toledo de 1995, y plasmado en la Ley 24/1997, de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social (en adelante Ley 24/97), estableciendo una separación de las fuentes de financiación, de tal modo que la asistencia sanitaria –junto a las prestaciones no contributivas– fuera financiada mediante aportaciones del Estado al Presupuesto de la Seguridad Social, si bien la aplicación de esta separación de fuentes no se estableció de forma inmediata, sino que se previó su aplicación de un modo progresivo, fijándose el 2000 como año límite (9). Llegados a este punto, la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1999 estableció ya la total asunción de la financiación sanitaria a través del Presupuesto del Instituto Nacional de la Salud, eliminando referencia alguna a las cotizaciones sociales como fuente de financiación.

En suma, podemos finalizar el recorrido efectuado por la evolución del sistema de financiación de la sanidad pública española, reproduciendo el siguiente aserto: «De la asistencia sanitaria de la seguridad social, heredada del período franquista, en la que sólo los cotizantes tenían acceso al sistema, basada en las cotizaciones como fuente principal de financiación, y fuertemente centralizada en cuanto a su organización y gestión, se pasa a un sistema nacional de salud profunda-

mente descentralizado, financiado con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, y en el que el acceso a los servicios públicos se considera un derecho irrenunciable de todos los ciudadanos españoles» (10).

1.2. La prestación de asistencia sanitaria en los Pactos de Toledo y en la reforma del sistema de Seguridad Social: la financiación del sistema sanitario por la vía fiscal

A comienzos de 1990, y como consecuencia de un período de importante recesión económica en nuestro país, resurge con fuerza la discusión acerca de la viabilidad económica futura del sistema público de Seguridad Social. No vamos a entrar a analizar los argumentos empleados por un amplio sector de la doctrina científico-económica para avalar esa presunta visión de ruptura y quiebra de la Seguridad Social (11). Lo que se pretende en esta sede es

mostrar que, aunque el enorme aumento del gasto en pensiones –en especial, la de jubilación– se configurara como el argumento clave en ese discurso de quiebra que algunos pretendieron demostrar, el constante crecimiento del gasto en asistencia sanitaria se convirtió en un factor complementario de aquél, contribuyendo, en cierto modo, en la configuración de tal desalentador panorama. Es decir, el hecho de que en ese momento las prestaciones y servicios sanitarios se financiaran en su mayor parte mediante cotizaciones sociales –es decir, vía contributiva– apoyaba en cierto modo la tesis de que tales cotizaciones resultarían, en un futuro no muy lejano, del todo insuficientes para sostener el sistema de protección social (12).

91

mica, n.º 95, febrero-1995); GARCÍA CARPIO (AA.VV. [Coord. GARCÍA CARPIO, M.]: El sistema de pensiones, una reforma sin fin, Princewterhouse Coopers, 2001; GARCÍA CARPIO, M. y DOMINGO, E.: Presente y futuro de las pensiones, Encuentro, Madrid, 1996) y HERCE SAN MIGUEL (HERCE SAN MIGUEL, J. A.: «La privatización de las pensiones en España», en Foro de Seguridad Social, n. 4/2001; HERCE SAN MIGUEL, J. A. y ALONSO MESEGUER, J.: La reforma de las pensiones ante la revisión del Pacto de Toledo, La Caixa, Barcelona, 2000). Por el contrario, entre los autores defensores de la viabilidad financiera del sistema público, se sitúan, entre otros muchos, TORRES LÓPEZ (TORRES LÓPEZ, J.: «Estado de bienestar y sistemas públicos de pensiones: las razones de la crisis», en El sistema público de pensiones: presente y futuro, Valencia, 1998), MUÑOZ DE BUSTILLO (MUÑOZ DE BUSTILLO, R. y ESTEVE MORA, F.: «La crisis del sistema público de pensiones: ¿un problema de eficiencia?», en El sistema público de pensiones: presente y futuro, Valencia, 1998) y OCHANDO CLARAMUNT (LÓPEZ GANDÍA, J. y OCHANDO CLARAMUNT, C.: «Crisis económica y estado de bienestar», en Revista de Derecho Social n.º 1, Albacete, 1998).

(12) Como hemos hecho constar en el epígrafe anterior, hasta la aprobación de la Ley de Presupuestos Generales del Esta-

(9) Así, en el año 1989 las cotizaciones sociales financiaban algo más del 70 % de la asistencia sanitaria, mientras que ya en 1997 dicho porcentaje se había reducido a poco más de un 5 % del total, estando el resto financiado vía fiscal.

(10) Cfr. RICO GÓMEZ, A.: «La descentralización sanitaria en España: el camino recorrido y las tareas pendientes», en Papeles de Economía Española, n.º 76, 1998, pág. 49.

(11) Son numerosos los estudios relativos a la viabilidad o inviabilidad financiera del sistema público de Seguridad Social. Como principales exponentes de la doctrina científica crítica de la viabilidad futura del actual sistema, cabe destacar a BAREA TEJEIRO (BAREA TEJEIRO, J. [Dir.]: El sistema de pensiones en España: análisis y propuestas para su viabilidad, Círculo de empresarios, Madrid, 1995; BAREA TEJEIRO, J., et al.: «El futuro de las pensiones en España. Comentarios al "Pacto de Toledo"», en Cuadernos de Información Econó-

De este modo, para intentar demostrar la incidencia que el coste de la sanidad pública pudo tener en la imagen de inviabilidad financiera de la Seguridad Social, es preciso analizar cuál fue la evolución del gasto sanitario en España en los últimos años de los ochenta y primeros de los noventa, período temporal que coincide con el inicio del período recesivo y en el que, por ende, se desencadena el apuntado debate. Para ello tomaremos como baremo el porcentaje que éste ha representado sobre el PIB en el tramo comprendido entre 1986 y 1993.

Evolución del gasto sanitario 1986-1993 (13)

Año	Total gasto sanitario en España (% PIB)
1986	5,6
1987	5,7
1988	6,3
1989	6,5
1990	6,9
1991	7
1992	7,3
1993	7,5

Un simple visionado de las cifras contenidas en el cuadro permiten observar un constante crecimiento del gasto sanitario en el lapso analizado, pudiendo diferenciar dentro de dicha dirección alcista, dos si-

do para el año 1989, la financiación de la asistencia sanitaria provenía fundamentalmente de cotizaciones sociales, representando éstas el 70,1 % del total de la financiación de la asistencia sanitaria, frente a un 27,2 % recaudado vía impuestos.

(13) Fuente: Eco-Sanidad OCDE 1998.

tuaciones o momentos. El primero (1986 y 1987) se caracteriza por un aumento sostenido del gasto, variando tan sólo una décima porcentual —del 5,6 % del PIB en 1985 al 5,7 % en 1987—. El segundo supone un notable incremento del mismo, con un aumento en 1988 de más de medio punto porcentual respecto al año anterior —del 5,7 al 6,3 % del PIB—, para alcanzar en 1993 el considerable valor del 7,5 %. Por tanto, en el período 1986-1993, el porcentaje del gasto sanitario total —público y privado— sobre el PIB creció en poco menos de dos puntos —del 5,6 % en 1985 al 7,5 % en 1993— (14).

Acotando nuestro análisis al segundo de los períodos descritos (1988-1993), y que coincide en el tiempo con el punto álgido del debate acerca de la viabilidad financiera de la Seguridad Social, podemos constatar como es en este tramo donde se produce ese salto cuantitativo en el gasto sanitario. Crecimiento éste que, obviamente, tiene su origen en la cristalización de una asistencia sanitaria universalista llevada a cabo por la LGS y el Real Decreto-Ley 1.088/1989, de 8 de noviembre, y que supone una apreciable ampliación de los sujetos objeto de cobertura por dicha

prestación, hasta alcanzar la práctica totalidad de la población española.

De todo lo expuesto se deduce que el crecimiento del gasto sanitario público acontecido durante finales de los ochenta y principios de los noventa habría podido constituir un notable argumento más en la construcción de esa futura insuficiencia financiera del sistema de Seguridad Social. Ahora bien, dicha afirmación debe ser objeto de importantes reflexiones. Reflexiones que han de situarse en el seno de la naturaleza universalista con que la LGS dota a la prestación de asistencia sanitaria y al modo de financiación del gasto derivado de la misma. En efecto, no hemos de olvidar que a partir de la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1989, la financiación de la asistencia sanitaria evoluciona hacia un sistema de financiación fiscal, por lo que no cabría siquiera afirmar la insuficiencia financiera del sistema de Seguridad Social tomando como base un elevado y creciente gasto público sanitario, puesto que éste no es una carga propia de la Seguridad Social contributiva. Por tanto, si lo que se pretendía concluir es que las cotizaciones sociales no podrían sostener en un futuro el actual modelo de protección social, no era de ningún modo admisible cargar a dichas cotizaciones con el sufragio del gasto público sanitario, aunque ello supusiera dotar de una mayor credibilidad al planteamiento de quiebra financiera del modelo existente.

Esa, y no otra, fue la filosofía subyacente a los Pactos Toledo en 1995 que, rehuyendo de los problemas financieros y económi-

(14) Es preciso advertir que los datos expuestos hasta el momento responden al concepto de gasto sanitario total, por lo que se hace necesario individualizar el porcentaje que el gasto público sanitario representa respecto al total del mismo. Así, según estimaciones de la OCDE, el período tratado destaca por el creciente peso del sector público en el gasto total en sanidad, de modo que en 1995 el gasto público sanitario representaba el 78,2 % del gasto sanitario total, es decir, más de las tres cuartas partes del mismo.

cos globales de la Seguridad Social, se centra en una reestructuración interna del modelo de financiación existente. Así, se concluye, entre otras consideraciones, que la Seguridad Social de tipo contributivo no puede ni debe asumir cargas indebidas –como es la sanitaria–, las cuales deberían repercutir sobre el conjunto de la sociedad y, como consecuencia de ello, se colige en la necesidad de establecer una diferenciación meridiana en las fuentes de financiación: las prestaciones contributivas serán financiadas a través de las cotizaciones, mientras que las no contributivas, la sanidad y los servicios sociales lo serán vía impuestos (15).

En consecuencia, el objetivo de equilibrio financiero global del sistema de Seguridad Social se vio plasmado en la Ley 24/1997 (16), cuyo artículo 1, tomando como referencia la Recomendación Primera del Pacto de Toledo, da una nueva redacción al párrafo segundo del artículo 86 del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (en adelante, TRLGSS), estableciendo que «la acción protectora de la Seguridad Social, en su modalidad no contributiva y universal, se

financiará mediante aportaciones del Estado al Presupuesto de la Seguridad Social(...)», mientras que «las prestaciones contributivas, los gastos derivados de su gestión y los de funcionamiento de los servicios correspondientes a las funciones de afiliación, recaudación y gestión económico-financiera y patrimonial serán financiadas básicamente con los recursos a que se refieren las letras b), c), d) y e) del apartado anterior, así como, en su caso, por las aportaciones del Estado que se acuerden para atenciones específicas». En suma, se establece la siguiente dualidad: por un lado, prestación contributiva-cotización; por otro, prestación no contributiva-impuesto.

Por tanto, se confiere rango legal a la referida separación de las fuentes de financiación de la Seguridad Social, estableciéndose, además, qué prestaciones poseen naturaleza contributiva y cuáles no contributiva. Entre estas últimas –no contributivas– encontramos «las prestaciones y servicios de asistencia sanitaria incluidas en la acción protectora financiada con cargo al Presupuesto de la Seguridad Social y los correspondientes a los servicios sociales, salvo que se deriven de accidente de trabajo y enfermedades profesionales».

No obstante, dicho sistema de financiación no se implantó de modo automático, sino que se dispuso una aplicación paulatina del mismo a concluir, como límite máximo, en el año 2000. De este modo, la Ley de Presupuestos Generales para 1999 suprimió ya las cotizaciones sociales como instrumento de financiación de la sanidad pública española, concluyendo así el proceso de separación de las fuentes de financiación de la Seguridad Social.

II. DESCENTRALIZACION SANITARIA Y FINANCIACION AUTONOMICA DE LA SANIDAD

II.1. La distribución de competencias en materia de sanidad entre el Estado y las Comunidades Autónomas. El proceso postconstitucional de transferencias de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas

93

Para determinar las implicaciones que la nueva organización territorial del Estado, dimanada de la Constitución, posee en el ámbito sanitario, se ha de partir necesariamente del régimen de distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas que se contiene en el texto constitucional. Se trata, pues, de examinar cómo y en qué medida se encuentran distribuidos los títulos competenciales entre los entes autonómicos y el Estado en el ámbito de la protección de la salud proclamado por el artículo 43 de la Constitución. Los preceptos constitucionales que abordan dicha cuestión son, en primer lugar, el artículo 148.1.21.º, que establece que las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en materia de sanidad e higiene; y, en segundo lugar, los números 16 y 17 del artículo 149.1, que establecen que el Estado tiene competencia exclusiva, por un lado, sobre sanidad ex-

(15) Sobre la separación de las fuentes de financiación de la Seguridad Social y su evolución normativa, vid. LÓPEZ GANDIA, J. y OCHANDO CLARAMUNT, C.: «Crisis económica...», op. cit., págs. 87 y ss.; BLASCO LAHOZ, J. F.: Comentarios a la Ley de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social, Tirant lo Blanch, Valencia, 1999, págs. 31 y ss.; BLASCO LAHOZ, J. F. *et al.*: Curso..., op. cit. págs. 179 y ss.

(16) Para un estudio detallado del contenido de dicha Ley, vid. BLASCO LAHOZ, J. F.: Comentarios..., op. cit.

terior, bases y coordinación general de la sanidad y legislación sobre productos farmacéuticos, y, por otro, sobre la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas.

En consonancia con el objeto del presente trabajo, no consideramos preciso analizar el alcance de la totalidad de las materias que en estos preceptos se nombran —sanidad exterior, alta inspección, etc.—, sino, exclusivamente, el relativo al concepto de «sanidad interior» y, concretamente, los aspectos de gestión de los servicios sanitarios. De este modo, de una exégesis global de los preceptos constitucionales mencionados se deriva que las competencias sanitarias susceptibles de ser asumidas por las Comunidades Autónomas se circunscriben al «desarrollo legislativo y ejecución en toda su extensión de las bases de la sanidad nacional marcada por el Estado» (17), es decir, «la legislación de desarrollo de las bases, la ejecución de los servicios sanitarios, incluido el control de los mismos, sin perjuicio de la alta inspección reservada al Estado» (18).

Ahora bien, tras una primera lectura de dichos preceptos, cabe ya atisbar donde radica el principal foco de conflictos en materia de transferencia de los servicios sanita-

rios. En efecto, la Constitución reconoce a las Comunidades Autónomas en su artículo 148.1.21.^º la posibilidad de asumir competencias en materia de sanidad e higiene, cosa que no sucede en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, pues ésta se constituye como una competencia exclusiva del Estado ex artículo 149.1.17.^º, lo que vedaba la posibilidad de que todas las Comunidades Autónomas pudieran asumir dichas competencias. Las manifiestas vinculaciones históricas entre sanidad y Seguridad Social determinaron el alcance con el que los servicios sanitarios fueron objeto de transferencia a las Comunidades Autónomas, teniendo en cuenta esa competencia exclusiva del Estado en materia de «legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social» que informa el artículo 149.1.17 del texto constitucional. Por todo ello, dos son las cuestiones a someter a examen en este momento.

La primera de ellas se refiere básicamente al diferente abanico competencial en materia sanitaria con que las Comunidades Autónomas fueron dotadas en función de su sistema de acceso a la autonomía, de tal modo que existirían en este ámbito dos categorías de Comunidades Autónomas. La diferencia fundamental entre ambas radica, obviamente, en que las segundas carecen de competencias en materia de Seguridad Social, hecho éste que les impidió asumir las funciones y servicios de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, es decir, los propios del INSALUD. De este modo, las Comunidades constituidas al amparo del artículo 151 de la Constitución y las asimiladas (País Vasco, Cataluña, Galicia, Andalucía, Navarra, Comunidad Valenciana y Canarias) tendrían

competencias en las materias sanitarias siguientes: desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior, ejecución de la legislación básica del Estado sobre productos farmacéuticos, y el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de Seguridad Social, salvo las normas que configuran el régimen económico de la misma, de forma que podrán organizar y administrar a tales fines, y dentro de su territorio, todos los servicios relacionados con las materias antes expresadas, ejerciendo la tutela de las instituciones, entidades y fundaciones en materia de Sanidad y Seguridad Social, reservándose el Estado la alta inspección. En cambio, las Comunidades constituidas al amparo del artículo 143 de la Constitución (Asturias, Cantabria, La Rioja, Murcia, Aragón, Castilla-La Mancha, Extremadura, Islas Baleares, Castilla y León y Madrid) tendrían sólo en principio competencias de desarrollo legislativo y de ejecución de la legislación básica del estado en materia de sanidad e higiene (19).

La segunda de las cuestiones a tratar viene referida a la interpretación de la expresión «legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social» contenida en el artículo 149.1.17 de la Constitución. Pues bien, el Tribunal Constitucional se pronunció sobre el alcance de dicha locución, englobando en la misma todo lo relativo a prestaciones, cotizaciones y régimen económico-financiero, comprendiendo este último incluso los aspectos pu-

(17) Cfr. BLASCO LAHOZ, J. H.: «El sistema nacional de salud y la ordenación de los servicios sanitarios», *Aranzadi Social*, n.º 15, 2001, pág. 50.

(18) Cfr. FERNÁNDEZ PASTRANA, J. M.: *El servicio público de la sanidad: el marco constitucional*, Civitas, Madrid, 1984, págs. 105 y ss. En el mismo sentido ARANDA PARDO, G.: «El derecho a...», op. cit., pág. 44.

(19) Vid. GARCÍA GONZÁLEZ POSADA, J.: «La organización...», op. cit., págs. 42 y ss.

ramente ejecutivos (20), por lo que las competencias de los entes autonómicos parecían limitarse así a la ejecución de los servicios de la Seguridad Social y, por ende, a las entidades gestoras de los mismos. El mapa de distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas en materia sanitaria quedaría perfilado de modo que el primero tendría competencia, ex artículo 149.1.17.º, sobre los titulares y el contenido de las prestaciones de asistencia sanitaria, mientras que la competencia en materia de gestión de las funciones sanitarias de la Seguridad Social—organización y funcionamiento de los servicios generales del INSALUD—correspondería a las segundas (21), teniendo siempre pre-

sente la distinción antes referida entre las Comunidades de «vía rápida» y las de «vía lenta».

En definitiva, los artículos 148.1.21.º y 149.1.16.º de la Constitución configuran «una organización sanitaria de carácter descentralizado» (22), en consonancia con la nueva organización territorial del Estado. Así, la LGS se erige en la norma que recoge los postulados constitucionales y vertebrata la distribución de competencias en materia sanitaria entre el Estado y las Comunidades Autónomas (23) en aplicación de los mismos, estableciendo una nueva ordenación de los servicios de salud inspirada en los principios de integración de

los servicios sanitarios y de descentralización de la gestión (24). Para ello se crea el «Sistema Nacional de Salud», en el que ex artículo 44 LGS se integran todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud, encomendándose a las Comunidades Autónomas la organización de sus servicios (25). Por tanto, el núcleo estructural del Sistema Nacional de Salud creado por la LGS está constituido por los entes autonómicos, en torno a los cuales se construye el sistema sanitario, concibiéndose éste como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados (26), es decir, como «la suma de los servicios de Salud de todas las Comunidades Autónomas» (27).

En consecuencia, el artículo 49 LGS ordena la constitución en cada Comunidad Autónoma de un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad,

(20) Vid. SSTC 27/1983, de 2 de abril, y 46/1985, de 26 de marzo.

(21) A mayor abundamiento, es del todo clarificadora la explicación dada por el Prof. Tamayo Lorenzo sobre el reparto constitucional de competencias sanitarias, que a continuación reproducimos. Así, respecto de la interpretación del alcance de la competencia exclusiva estatal sobre el «régimen económico de la Seguridad Social», apunta que «la interpretación que parece haber prevalecido, y que es la que ha informado el posterior proceso de transferencias, es la que se conoce como *interpretación Barea*», y que se refiere al «conjunto de normas que regulan las cotizaciones, las prestaciones, el presupuesto de la Seguridad Social y su ciclo, los flujos monetarios derivados de la ejecución de dicho presupuesto, así como por los servicios de carácter ejecutivo relativos al régimen económico. Esta interpretación implica que las Comunidades Autónomas pueden asumir las siguientes competencias de gestión del régimen económico de la Seguridad Social: a) La aprobación de los presupuestos de los servicios transferidos, dentro del techo de recursos que le haya sido asignado por el Estado; b) La gestión de dichos presupuestos: aprobación del gasto, contratación de obras, servicios y suministros, ordenación del pago

y su realización, y el ejercicio de la función interventora. Esta interpretación implica que, a partir de una consideración unitaria del régimen económico de la Seguridad Social, todas las prestaciones que constituyen el sistema de la Seguridad Social, aunque sus servicios se ejecuten por las Comunidades Autónomas, quedan sujetas a un régimen económico normalizado. Al tener las Comunidades Autónomas competencia plena en lo que se refiere a la asistencia sanitaria, éstas podrían variar el ámbito de aplicación y la intensidad de los servicios y, en consecuencia, hacer que el nivel de suministro sea distinto en cada Comunidad (...). En todo caso, al tener el Estado la competencia exclusiva en la legislación básica podría no conculcarse el principio de solidaridad, si se considera que el ámbito de aplicación, requisitos e intensidad de la prestación forman parte de la legislación básica (...). Cfr. TAMAYO LORENZO, P. A.: *Descentralización y financiación de la asistencia sanitaria pública en España*, CESS, Madrid, 2001, págs. 41 y ss.

(22) Cfr. MOLINA NAVARRETE, C.: «Comentario al art. 109 de la LGSS (1974)», Comentario a la Ley General de la Seguridad Social, AA.VV. (MONERO PÉREZ, J. L. Y MORENO VIDA, N. [dir.]), Vol. II, Comares, Granada, 1999, pág. 122.

(23) Vid. ARANDA PARDO, G.: «El derecho a...», op. cit., pág. 55.

(24) Vid. SANZ LARRUGA, F. J.: «Las competencias del Estado, Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales en materia sanitaria», Lecciones de Derecho Sanitario, AA.VV. (GÓMEZ Y DÍAZ-CASTROVERDE, J. M. y SANZ LARRUGA, F. J. [coord.]), A Coruña, 1999, pág. 125.

(25) El art. 44 LGS define el Sistema Nacional de Salud como «el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, en los términos establecidos en la presente Ley».

(26) Vid. ARANDA PARDO, G.: «El derecho a...», op. cit., pág. 62. En el mismo sentido, TAMAYO LORENZO, P. A.: *Descentralización...*, op. cit., pág. 45.

(27) Cfr. REY DEL CASTILLO, J.: «Organización territorial de los servicios públicos sanitarios», La organización de los Servicios Públicos Sanitarios, AA.VV. (PAREJO ALFONSO, L., LOBO, F. y VAQUER CABALLERÍA, M. [coord.]), Marcial Pons, Barcelona, 2001, pág. 127.

Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, y cuya gestión se encomienda a la correspondiente Comunidad Autónoma. Ahora bien, según lo expuesto unas líneas más arriba, la Disposición Adicional Sexta de la LGS estableció que sólo las Comunidades Autónomas de «vía rápida» pudieran asumir en el momento de la aprobación de la Ley la organización de sus Servicios de Salud, al preceptuar que los centros sanitarios de la Seguridad Social se integraran en dichos servicios autonómicos sólo en los casos en que la respectiva Comunidad Autónoma hubiera asumido en sus Estatutos competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social. El resto de Comunidades no habilitadas para la asunción de tales competencias, no pudieron acoger las funciones y servicios del INSALUD, y se previó que su servicio de Salud actuara en coordinación con la red sanitaria de la Seguridad Social implantada en su territorio; de este modo, según la Disposición Transitoria Tercera de la LGS, el INSALUD continuó subsistiendo y ejerciendo sus funciones de gestión sanitaria en dichas Comunidades Autónomas, si bien de forma transitoria, en tanto no se reformaren sus correspondientes Estatutos o recibieran las referidas competencias por ley de transferencia o delegación.

Así pues, hasta fechas bien recientes (28), el proceso transferen-

cial de las funciones y servicios de asistencia sanitaria del INSALUD se había efectuado, mediante los correspondientes Reales Decretos de Transferencia, tan sólo a las siete Comunidades Autónomas citadas anteriormente. El primer traspaso de competencias sanitarias se efectúa a Cataluña en 1981 (RD 1517/1981, de 8 de julio); a esta le suceden cronológicamente Andalucía (RD 400/1984, de 22 de febrero), País Vasco (RD 1536/1987, de 6 de noviembre), Comunidad Valenciana (RD 1612/1987, de 27 de noviembre), Galicia (RD 1679/1990, de 28 de diciembre), Navarra (RD 1680/1990, de 28 de diciembre) y, por último, Canarias (RD 446/1994, de 11 de marzo).

II.2. La evolución de la financiación autonómica sanitaria hasta la aprobación del nuevo modelo de financiación

La evolución histórica del sistema de financiación de la sanidad autonómica ha venido marcada a lo largo de la misma por un hecho diferencial de extrema relevancia: la separación de la financiación de los servicios sanitarios transferidos a las Comunidades Autónomas del modelo general de financiación au-

tonómica regulado en la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas (en adelante, LOFCA). En efecto, el factor común del proceso de transferencia de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas ha estado constituido por la adopción de un modelo de financiación al margen del empleado para el resto de competencias comunes transferidas, desvinculándose, pues, del sistema general LOFCA, y alineándose en lo que se ha conceptualizado por la doctrina de la economía de la salud más cualificada como un modelo de «línea de gasto» o de «descentralización del gasto» (29).

Este modelo está basado en un doble presupuesto: en primer lugar, el cálculo del gasto estimado como necesario para la prestación del servicio sanitario transferido por la respectiva Comunidad Autónoma (el «cuánto»); en segundo lugar, y una vez efectuada dicha operación de cálculo, la dotación de los recursos financieros suficientes para cubrir dicho gasto estimado (el «cómo») (30). Respecto al

(29) Por todos, CANTARERO PRIETO, D.: «Gasto público y financiación en la sanidad española: especial referencia a la valoración de las necesidades de gasto por Comunidades Autónomas», Coordinación e incentivos en sanidad, Barcelona, 2001, págs. 42 y ss.; GAMAZO CHILLÓN, J. C. *et al.*: «30 líneas de reforma en la financiación sanitaria territorializada. Propuesta de un modelo integrador», Coordinación e incentivos en sanidad, Barcelona, 2001, págs. 80 y ss.; y MONASTERIO ESCUDERO, C.: «Sanidad y financiación autonómica. ¿Vidas paralelas?», Coordinación e incentivos en sanidad, Barcelona, 2001, págs. 97 y ss.

(30) Así, CANTARERO PRIETO define el modelo de «línea de gasto» como aquel que consiste en «estimar el gasto necesario para costear la prestación de los servicios

(28) Como analizaremos en el apartado dedicado al examen del nuevo modelo de financiación autonómica, han sido aprobados —con ocasión de la implantación del nuevo modelo de financiación autonómica sanitaria— los Reales Decretos

de Transferencia de las funciones y servicios del INSALUD a las Comunidades Autónomas que hasta el momento no los tenían transferidos: Cantabria, La Rioja, Aragón, Castilla-La Mancha, Baleares, Madrid y Castilla y León (BOE de 28 de diciembre de 2001); Murcia y Extremadura (BOE de 29 de diciembre de 2001); y Asturias (BOE de 31 de diciembre de 2001).

«cuánto» –estimación de la necesidad global de gasto del servicio sanitario transferido en cada Comunidad Autónoma–, el criterio empleado ha variado, como veremos al analizar las distintas fases de la financiación autonómica de la sanidad, desde el inicial «criterio del coste efectivo de los servicios» al «criterio capitativo de la población protegida» adoptado posteriormente por la LGS. Por lo que concierne al «cómo» –las fuentes de financiación de ese gasto sanitario–, el único sistema utilizado ha sido el de las transferencias estatales de carácter finalista, transvasándose a las Comunidades Autónomas un determinado porcentaje del presupuesto del INSALUD. De este modo, la característica principal de este modelo de financiación sanitaria de «descentralización del gasto» es la ausencia de corresponsabilidad fiscal y de autonomía financiera por parte de las Comunidades Autónomas, ya que la totalidad del gasto sanitario autonómico queda financiado mediante aportaciones finalistas del Estado a los entes autonómicos.

Por tanto, podemos ya establecer que la evolución postconstitucional del sistema sanitario español se ha caracterizado por la descentralización de la gestión de la asistencia sanitaria, mediante el traspaso a las Comunidades Autónomas de las funciones y servicios del INSALUD. Ahora bien, esa descen-

tralización de la gestión no ha estado acompañada en ningún momento de una descentralización de la financiación de los servicios sanitarios transferidos, de modo que ha sido siempre el Estado el que, a través de subvenciones de carácter finalista, ha asumido el sufragio de dicho gasto sanitario autonómico. De este modo, la financiación autonómica sanitaria se ha mantenido al margen del sistema de financiación autonómica general previsto en la LOFCA para la financiación de las restantes competencias objeto de transferencia a las Comunidades Autónomas, excluyendo, pues, cualquier elemento de capacidad fiscal propia de las Comunidades Autónomas en la financiación de la sanidad transferida. En suma, nos encontramos ante un modelo en el cual han coexistido la descentralización del gasto y la centralización de la financiación.

Antes de proceder a examinar más detalladamente el proceso evolutivo de la financiación autonómica de la sanidad acontecido hasta la aprobación del nuevo modelo, cabría preguntarse cuáles han sido los argumentos por los que desde un principio aquella se ha mantenido separada del esquema general de financiación autonómica. Pues bien, como ha puesto de manifiesto la doctrina científica (31), dos fueron las razones fundamentales que aconsejaron la adopción de tal modelo: de un lado, la existencia de una dualidad de fuentes de financiación de la materia sanitaria –cotizaciones so-

ciales e impuestos– que dotaba a la misma de una cierta especificidad; de otro, el hecho de que un gran número de Comunidades Autónomas no hubieren asumido todavía las referidas competencias sanitarias, lo que parecía desaconsejar el empleo del mecanismo general de financiación autonómica.

Establecidos de este modo los parámetros generales sobre los que ha venido descansando la financiación autonómica de la sanidad –financiación independiente del sistema general de financiación autonómica contenido en la LOFCA y basada en transferencias estatales de carácter estrictamente finalista–, hemos de descender a analizar someramente el proceso de traspaso de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas y, sobre todo, los distintos criterios de asignación de recursos adoptados a lo largo del mismo, dentro, obviamente, del contexto general de descentralización del gasto y de financiación centralizada y finalista que hemos reseñado. Es decir, lo que a continuación pretendemos analizar es exclusivamente la evolución de los indicadores empleados para determinar el monto total de recursos financieros con que había de dotarse a las Comunidades Autónomas –o dicho en otros términos, los criterios de asignación del «cuanto»–.

Pues bien, básicamente, dos son los criterios que se han empleado en los sucesivos sistemas de financiación de la sanidad para determinar el volumen de recursos financieros que debían asignarse a las Comunidades Autónomas en orden a la prestación de los servicios sanitarios transferidos: el «criterio del coste efectivo de los servicios sanitarios transferidos» y el «criterio capitativo de la población protegida»,

transferidos y repartir los ingresos precisos para su financiación» (CANTARERO PRIETO, D.: «Gasto público y...», op. cit., pág. 42). En el mismo sentido GAMAZO CHILLÓN, para quien dicho modelo se basa en «cuantificar el gasto que cada Comunidad Autónoma requiere para hacer frente a sus necesidades en sanidad y transferirle los recursos correspondientes» (GAMAZO CHILLÓN, J. C. et al.: «30 líneas de...», op. cit., pág. 81).

(31) Por todos, MONTERO GRANADOS *et al.*: «Financiación autonómica de la sanidad: escenarios dinámicos básicos», Coordinación e incentivos en Sanidad, Barcelona, 2001, págs. 57 y ss.

dejando a un lado, obviamente el sistema financiero previsto para las Comunidades de régimen foral (32).

Así, el «criterio del coste efectivo» fue el adoptado en un principio en los correspondientes Decretos de transferencia de la gestión sanitaria del INSALUD a las Comunidades Autónomas con competencias en la materia: Cataluña (RD1571/1981, de 8 de julio), Andalucía (RD 400/1984, de 22 de noviembre), Comunidad Valenciana (RD 1612/1987, de 27 de noviembre), Galicia (RD 1679/1990, de 28 de diciembre) y Canarias (RD 446/1994, de 11 de marzo) —estas tres últimas con las matizaciones que haremos inmediatamente, debido a que las fechas de sus respectivos trasposos de las competencias sanitarias son posteriores a la aprobación de la LGS—. Este método asignativo de recursos financieros consiste en la transferencia al ente

autonómico que asume la gestión sanitaria de una determinada cantidad —dotada con cargo al presupuesto del INSALUD— equivalente al gasto que la Administración central —el INSALUD— había venido gastando con anterioridad para dicha prestación en esa Comunidad (33).

La aprobación de la LGS va a suponer un punto de inflexión en el sistema de distribución de recursos destinados a la financiación de los servicios sanitarios transferidos a las Comunidades Autónomas, adoptándose en su artículo 82 el criterio de la población protegida. Así, dicho artículo, en su párrafo segundo, establecía que «en el caso de aquellas Comunidades Autónomas que tuvieran competencias para asumir las funciones de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, la financiación de estos servicios transferidos se realizará siguiendo el criterio de la población protegida (...)», entendida ésta como «la población de derecho descontando a los colectivos protegidos por entidades de seguro libre» (34). Este principio aboga por un reparto capitativo simple o puro de los recursos, es decir, «en función del porcentaje de población de una determinada Comunidad Autónoma respecto al total nacional» (35).

(32) Mediante los RD 1536/1987, de 6 de noviembre, y 1680/1990, de 28 de diciembre, se traspasaron las funciones y servicios del INSALUD al País Vasco y Navarra, respectivamente. Dichas transferencias presentan tales peculiaridades que es posible afirmar que constituyen un modelo de financiación específico al margen del empleado para el resto de Comunidades, que no vamos a entrar a analizar profundamente en esta sede, por la amplitud y complejidad que ello entraña. Tan sólo apuntar que este régimen diferente está previsto en la Disposición Adicional 1.ª LGS, recogido posteriormente en los Decretos de transferencia referidos, en los que se articulan los sistemas de Cupo para el País Vasco y de Aportación para Navarra. Los caracteres diferenciadores principales son, entre otros, la utilización del índice de imputación para la asignación de los recursos, así como que el hecho de que la base reguladora de los créditos a transferir sea mayor que para las Comunidades de régimen común.

(33) Sobre el criterio del coste efectivo, vid. GAMAZO CHILLÓN, J. C. *et al.*: «30 líneas de...», op. cit., pág. 82. En el mismo sentido, MONASTERIO ESCUDERO: «Sanidad y...», op. cit., pág. 99.

(34) Cfr. TAMAYO LORENZO, P. A.: *Descentralización y...*, op. cit., pág. 86.

(35) Cfr. GAMAZO CHILLÓN, J. C. *et al.*: «30 líneas de...», op. cit., pág. 82. En el mismo sentido SÁNCHEZ MALDONADO, J. y GÓMEZ SALA, J. S., que afirman que el principio capitativo simple o criterio per cápita

Sin embargo, el criterio de población protegida no se implantó de un modo inmediato, sino que en la propia LGS, concretamente en su artículo 82 párrafo tercero, se estableció un período transitorio —diez años— de ajuste gradual y progresivo del porcentaje resultante de la aplicación del criterio del coste efectivo al que se derivare del criterio de población protegida, lo que se vio plasmado en los Decretos de Transferencia de aquellas Comunidades de régimen común que recibieron los trasposos con posterioridad a la aprobación de la LGS —Comunidad Valenciana, Galicia y Canarias (36).

«supone asignar recursos de acuerdo con el peso relativo de la población regional en el total nacional» (Cfr. SÁNCHEZ MALDONADO J. y GÓMEZ SALA, J. S.: «La financiación territorial de la sanidad: especial referencia a España», *Papeles de Economía Española*, n.º 76, 1998, pág. 21).

(36) No obstante, hay que advertir que buena parte de la doctrina niega la existencia, en este primer momento, de un auténtico sistema o modelo de financiación autonómica de la sanidad. Así, según TAMAYO LORENZO, «la principal característica de esta primera etapa es la su heterogeneidad en las formas adoptadas en cada uno de los trasposos (...). Aunque hagamos referencia al sistema de asignación que se dibuja en estos años, no parece que a la vista de las peculiaridades de cada uno de los trasposos pueda hablarse de la existencia de un auténtico sistema.» (Cfr. TAMAYO LORENZO, P. A.: *Descentralización y...*, op. cit., pág. 64). Del mismo modo se manifiestan BLANCO MORENO y ANTÓN VALERO, al afirmar que «a pesar de este marco y criterios comunes, no existió un modelo unificado de financiación de las CC.AA., debido a que su aplicación se llevó a cabo de manera no homogénea a medida que se efectuaron las transferencias de la gestión de los servicios sanitarios del INSALUD.» (Cfr. BLANCO MORENO, A. y ANTÓN VALERO, V.: «Sanidad pública en España: una radiografía», en *Presupuesto y Gasto Público*, IEF, n.º 25, 2001, pág. 241).

Las numerosas críticas al criterio capitativo puro recogido en la LGS se han reconducido a la compatibilidad del mismo con el principio de equidad proclamado en los artículos 3 y 12 de la misma Ley. En efecto, el artículo 3 párrafo segundo de la LGS establece que «(...) el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva», mientras que el párrafo tercero dispone que «la política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales»; en el mismo sentido, el artículo 12 establece que «los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto en orden a corregir las desigualdades sanitarias y a garantizar la igualdad de acceso a los Servicios Sanitarios Públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución». La doctrina ha puesto de manifiesto en reiteradas ocasiones las enormes deficiencias del criterio capitativo puro desde el punto de vista del principio de la equidad del sistema. En efecto, un criterio poblacional puro, sin ningún tipo de ajuste, sin tener en cuenta ninguna otra variable de carácter exógeno —estructura demográfica, saldo de pacientes desplazados, etc.—, parece chocar frontalmente contra ese principio equitativo e igualitario que la propia Ley proclama, puesto que es obvio que las necesidades de gasto sanitario de las diferentes Comunidades Autónomas no radican únicamente en el número de personas objeto de cobertura (37).

(37) Así, TAMAYO LORENZO afirma que «el criterio de población puro, como guía en la distribución de los recursos sanitarios, no sólo se puede considerar como inadecuado a los efectos de dar concreción al principio

El Acuerdo general sobre la financiación autonómica de la sanidad de 21 de septiembre de 1994 (38), formado en el seno del

programático de garantía de la igual oportunidad en el acceso para igual necesidad sanitaria, sino que, además, se ha considerado como inadecuado para garantizar la suficiencia de reparto (...) La evolución del gasto sanitario (y, por tanto, la necesidad de éste) está íntimamente ligada a una serie de factores de carácter socio-demográfico. Estas características son las que sirven para afirmar que la demanda de sanidad no es igual en cada uno de los individuos, y que existen variaciones importantes en los perfiles de morbilidad en función del sexo y localización geográfica. A modo de ejemplo, se ha mostrado que, para España, el gasto sanitario que pueda generar una persona mayor de 65 años triplica el gasto medio por persona protegida. Y existen otros factores, como el nivel de educación de la población, el nivel de renta per cápita, el grado de dispersión territorial, los estilos de vida, que inciden tanto en el nivel de utilización de los servicios como en el volumen de prestaciones socialmente exigidas.» (Cfr. TAMAYO LORENZO, P. A.: *Descentralización y...*, op. cit., pág. 87). En el mismo sentido GAMAZO CHILLÓN, J. C., al afirmar que «(...) si se quiere garantizar la consecución del principio de equidad, entendido éste como la atención a la población de acuerdo con sus necesidades, parece evidente la existencia de importantes diferencias entre las Comunidades Autónomas en cuanto a la estructura demográfica, nivel de riqueza, coste de los servicios suministrados, saldo de desplazados, etc. Estas circunstancias obligan a modular el criterio de la población protegida con la consideración de otras variables si se pretende que la distribución de los recursos sanitarios se realice de acuerdo con el principio de equidad explicitado en la propia Ley General de Sanidad.» (Cfr. GAMAZO CHILLÓN, J. C. et al.: «30 líneas de...», op. cit., pág. 83).

(38) Dos años antes, el 20 de enero de 1992, el Consejo de Política Fiscal y Financiera había aprobado el Acuerdo relativo a la financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común para el período 1992-1997. En él se acordó mantener la financiación de la sanidad independiente del sistema general de financiación autonómica previsto en la LOFCA.

Consejo de Política Fiscal y Financiera y con vigencia para el período comprendido entre 1994 y 1997, se enmarcó en una línea continuista en lo que se refiere al criterio distributivo de recursos, adoptando el mencionado principio de población protegida de la LGS, entendida ésta como «la población cubierta por la asistencia sanitaria prestada por los Entes gestores de la Seguridad Social» (39), empleando para ello las cifras de población recogidas en el censo de marzo de 1991 elaborado por el Instituto Nacional de Estadística. Pese a que una de las novedades principales del modelo en este aspecto estuvo constituida por la introducción en el mismo de un mecanismo compensatorio por el gasto ocasionado por pacientes desplazados, dicho sistema de compensación por pacientes desplazados quedó básicamente en el terreno de los buenos propósitos, y nunca llegó a ponerse en práctica (40). Junto a la adopción del criterio capitativo simple de la población protegida, dos son

(39) Cfr. TAMAYO LORENZO, P. A.: *Descentralización y...*, op. cit., pág. 96.

(40) Vid. TAMAYO LORENZO, P. A.: *Descentralización y...*, op. cit., pág. 104. Por su parte, MORENO PALANQUES, sintetiza las disfuncionalidades del modelo en tres notas: primera, la insuficiencia del criterio único de población protegida como factor de distribución del gasto, sin contemplar otros de acreditada incidencia en el mismo, como el envejecimiento de la población; segunda, la ausencia de un sistema efectivo de compensación financiera entre comunidades autónomas para la asistencia a desplazados; tercero, la no adopción de medidas estructurales sobre el crecimiento del gasto. (Cfr. MORENO PALANQUES, R.: «La financiación de la asistencia sanitaria prestada a través del INSALUD», en *Presupuesto y Gasto Público*, IEF, n.º 25, 2001, pág. 140).

las características principales del Acuerdo de 1994. En primer lugar, como base presupuestaria del INSALUD al que se ha de aplicar el coeficiente de la población protegida, se parte del gasto real y efectivo del INSALUD –liquidación más deudas–, del cual se deduce el coste del Fondo de Investigaciones Sanitarias y de los Centros Nacionales; en segundo lugar, el crecimiento del gasto sanitario se vinculó a la tasa de variación del PIB acumulada desde 1993, empleándose, por tanto, el criterio de evolución del PIB nominal para determinar el crecimiento del presupuesto del INSALUD.

Finalizado en 1997 el período de vigencia del acuerdo, el Consejo de Política Fiscal y Financiera aprobó el 27 de noviembre de ese año el nuevo sistema de financiación de la sanidad para el cuatrienio 1998-2001 (41). El nuevo Acuerdo acoge alguna variante respecto al modelo anterior en cuanto a los criterios de asignación de recursos. En efecto, aunque el criterio de población protegida continua siendo el indicador base para la distribución de los recursos financieros, el Acuerdo incluyó la consideración de alguna otra variable al margen del criterio capitativo puro. Así, se distinguieron dos fondos en los que se separaban los recursos objeto de distribución: de un lado, se creó el denominado «Fondo General», que se destinó a la cobertura de las prestaciones comunes de asistencia sanitaria, y en el que se sigue apli-

cando el criterio de población protegida como variable de reparto, actualizándose dicha población según los datos previstos en el Padrón de 1996; de otro –y es aquí donde radica la principal novedad del modelo–, se constituyó un segundo fondo, denominado «Fondo de Atenciones Específicas», de tipo redistributivo, que introdujo determinados ajustes al criterio poblacional. Este último fondo quedó, a su vez, dividido en dos subfondos: el primero, en el que se contemplaba la pérdida de porcentajes de población protegida por parte de las Comunidades Autónomas; el segundo, que incluía las variables de formación docente de especialistas médicos y atención a pacientes desplazados. Por tanto, como afirma TAMAYO LORENZO, «estas circunstancias (asistencia a desplazados y docencia hospitalaria) son las únicas variables introducidas en el nuevo sistema de financiación que pueden entenderse como condicionantes del nivel de gasto sanitario, al margen de la consideración de la población» (42). No obstante, reconoce la insuficiencia de tales ajustes en orden a una estimación objetiva del reparto de los recursos, al ignorar otras de similar importancia, como «la dispersión de la población, su envejecimiento relativo o el diferencial de precios relativos» (43). Por último, señalar que el PIB continua siendo el parámetro de referencia en la evolución del gasto sanitario y su financiación, estableciéndose que el crecimiento de los recursos sanitarios se efec-

tuaría en función del índice de incremento del PIB nominal.

II.3. El nuevo modelo de financiación autonómica de la sanidad

II.3.1. *El debate previo: ¿integración o financiación separada?*

Con carácter previo al análisis del actual modelo de financiación sanitaria, se hace del todo conveniente referenciar el debate anterior a la aprobación del mismo, respecto a en qué línea debía orientarse la futura financiación de la sanidad pública española (44), y que se había suscitado con ocasión de la proximidad de la finalización del período de vigencia del Acuerdo de financiación de la sanidad de 1997 que, como hemos señalado, se había de producir a finales del 2001. Dicho debate se reconducía básicamente a la cuestión de optar o no por la integración de la financiación de la sanidad en el modelo general de financiación autonómica, con las distintas consecuencias

(44) Así lo puso de manifiesto la doctrina científica. Entre otros, vid. LÓPEZ CASANOVAS, G.: «Financiación autonómica y gasto sanitario público en España», *Papeles de Economía Española*, n.º 76, 1998, págs. 12 y ss.; CANTARERO PRIETO, D.: «Gasto público y...», op. cit., pág. 42 y ss.; GAMAZO CHILLÓN, *et al.*: «30 líneas de...», op. cit., pág. 80 y ss.; MONASTERIO ESCUDERO: «Sanidad y...», op. cit., pág. 103 y ss.; CABASÉS HITA, J. M.: «El nuevo modelo de financiación sanitaria», *Coordinación e incentivos en Sanidad*, Barcelona, 2001, pág. 112 y ss.

(41) Hay que reiterar, como se ha puesto de manifiesto a lo largo de todo el epígrafe, que este Acuerdo sobre financiación sanitaria se efectuó, una vez más, al margen del sistema general de financiación autonómica de la LOFCA.

(42) Cfr. TAMAYO LORENZO, P. A.: *Descentralización y...*, op. cit., pág. 121.

(43) Cfr. TAMAYO LORENZO, P. A.: *Descentralización y...*, op. cit., pág. 121.

que cada una de dichas opciones conllevaban.

En efecto, dos eran las alternativas que se barajaron con anterioridad a la aprobación del que, actualmente, constituye el nuevo modelo de financiación sanitaria. La primera de ellas consistía en el mantenimiento del *status quo* vigente hasta ese momento, de modo que la financiación de la sanidad continuara estando diferenciada de los medios generales de financiación de las Comunidades Autónomas contenidos en la LOFCA, siguiendo, de ese modo, en la ya analizada «línea de descentralización del gasto», en la que, por un lado, el principal criterio asignativo del volumen de recursos destinados fuere el criterio caputivo, y, por otro, la instrumentación o modo de obtener dichos recursos financieros se mantuviera fuertemente centralizada y carente de cualquier atisbo de corresponsabilidad fiscal por parte de las Comunidades Autónomas, al estar configurado mediante aportaciones finalistas del Estado.

Ahora bien, las deficiencias del régimen expuesto eran numerosas y notorias. Por un lado, el criterio o principio empleado para estimar las necesidades de gasto y distribuir la asignación de recursos entre las distintas Comunidades no parecía adecuarse de un modo perfecto al principio de equidad proclamado por la LGS. En efecto, el criterio caputivo simple o puro, al no contemplar el juego de ninguna otra variable de ajuste, no establecía de un modo fidedigno los efectivos montos de gasto sanitario de cada territorio, puesto que, obviamente, no todas las personas integrantes del concepto «población protegida» van a requerir la misma atención sanitaria —piénsese, por ejemplo, en los ancianos o en los meno-

res de cinco años, cuya demanda de asistencia sanitaria es, por lo general, mayor que la requerida por el resto de la población— y, por ende, no todos los destinatarios de la misma van a producir el mismo coste sanitario. Dicho en términos más explícitos, hay sectores de la población que «gastan» más sanidad que otros, por lo que la igualdad pretendida entre población protegida y gasto sanitario no sería del todo correcta, ya que el criterio de gasto per cápita habría de compensarse introduciendo nuevos indicadores de necesidad —demografía, envejecimiento de la población, pacientes desplazados, etc.—, si lo que se pretende es un acceso a la sanidad en igualdad de condiciones. Por tanto, la opción por la continuidad del sistema vigente haría necesario, en primer lugar, una revisión de los criterios cuantitativos y distributivos descritos. Pero, por otro lado, probablemente la mayor disfunción de este modelo estaba constituida por la ya tantas veces repetida ausencia de autonomía financiera y corresponsabilidad fiscal de las Comunidades Autónomas, plasmada en el hecho de que la totalidad de los recursos destinados a la financiación del gasto sanitario se obtengan por la vía de las aportaciones finalistas y condicionadas del Estado a aquéllas. Además, la adopción de esta fuente de financiación hubiera podido haber influido notablemente en ese crecimiento del gasto público sanitario reseñado anteriormente, como ha puesto de manifiesto LOPEZ i CASANOVAS (45). Por todo ello, la

(45) Así, LÓPEZ i CASANOVAS reflexionaba acerca de esa correspondencia entre la ausencia de corresponsabilidad fiscal y el au-

puesta por un modelo continuista precisaría de no pocas correcciones en orden a salvar los efectos negativos mencionados.

La segunda de las opciones se enmarcaría, por el contrario, en una tendencia de ruptura y reforma, abogando por la integración de la financiación sanitaria en el mecanismo de financiación general autonómica y optando por el denominado modelo de «línea de ingreso o espacio fiscal». Este nuevo modelo supondría un vuelco en el modo de obtención de los recursos financieros destinados a los servicios sanitarios transferidos, al sustituir el sistema de transferencias estatales finalistas empleado a lo largo de todo el proceso histórico, por otro basado en la autonomía financiera y la corresponsabilidad fiscal de las Comunidades Autónomas, es decir, en la capacidad y el esfuerzo fiscal propio de cada ente autonómico. Esta alternativa, además de ser más coherente con el principio de autonomía de las Comunidades, podría significar, al dotar de responsabilidad a éstas en materia de gasto sanitario, un mayor control y racionalización del mismo.

mento del gasto sanitario, al afirmar que «el incremento en la prestación sanitaria media registrada en los últimos años en España es coetánea al menos —si no directamente causada— a la descentralización sanitaria (...). Conviene, pues, interrogarse acerca de la influencia de la descentralización sanitaria, dados sus actuales mecanismos de financiación y coordinación en el crecimiento del gasto sanitario. A dicho fenómeno se pueden asociar aspectos relativos a procesos de «ilusión fiscal», o de emulación de prestaciones con falta de corresponsabilización en el gasto por parte de sus gestores que, en su conjunto, pueden ayudar a comprender la evolución registrada». (Cfr. LÓPEZ i CASANOVAS, G.: «Financiación...», op. cit., pág. 4 y ss.).

Por otro lado, la desaparición de las cotizaciones sociales como fuente de financiación —lo cual constituyó en su momento una de las causas del establecimiento de una financiación separada del sistema general—, sumado al hecho de que la finalización de la vigencia del Acuerdo de financiación de la sanidad coincidía en el tiempo con la del sistema de financiación autonómica general, se erigían en razones de peso para plantear la aprobación de un sistema de financiación autonómica sanitaria integrado en el marco general. Ahora bien, este cambio en el sistema podría presentar también algún que otro problema de no poca relevancia. En efecto, en primer lugar, esta alternativa requeriría como condición *sine qua non* la culminación de los procesos de transferencia de las funciones y servicios del INSALUD a las Comunidades Autónomas a las que todavía no les había sido traspasado; y, en segundo lugar, la introducción de un sistema de financiación sanitaria basado únicamente en la capacidad fiscal de las Comunidades Autónomas podría hacer peligrar los principios de suficiencia y equidad proclamados en los artículos 3 y 12 de la LGS, puesto que no se ha de olvidar que no todas las Comunidades Autónomas podrían actuar en términos de igualdad en la obtención de recursos financieros por la vía fiscal propia (46). Por tanto, la inclinación por este modelo habría de quedar también sujeta a la introducción de instrumentos compensatorios o co-

rectores que hicieran efectiva la igualdad de todos los ciudadanos en el acceso a la sanidad (47).

II.3.2. La reforma de la financiación de la sanidad: su integración en el nuevo sistema general de financiación autonómica

La inminente llegada del término del período de vigencia tanto del Acuerdo de financiación de la sanidad como del Acuerdo general de financiación autonómica, fijado en ambos casos para finales de 2001, provocó, a mediados de ese año, la discusión, en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera, de un nuevo Acuerdo de financiación autonómica. Dicho Acuerdo fue aprobado por el Consejo el 27 de julio de 2001, para, posteriormente, y por primera vez en la historia de los sistemas de financiación de las Comunidades Autónomas, ser fijado por vía legal. De este modo, el 27 de diciembre de 2001 se aprueba la Ley 21/2001, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de fi-

nanciación de las Comunidades Autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía (en adelante, Ley 21/2001), la cual recoge el Acuerdo de 27 de julio de 2001 del Consejo de Política Fiscal y Financiera, y establece la regulación del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común.

El nuevo modelo de financiación autonómica establecido por la Ley 21/2001 responde a un claro objetivo: el aumento y refuerzo de la autonomía financiera y la corresponsabilidad fiscal de los entes autonómicos. Así queda explícitamente establecido en la propia Exposición de Motivos, al manifestar que «este nuevo sistema de financiación autonómica desarrolla, amplía y mejora la estructura de recursos de las Comunidades Autónomas, potenciando la corresponsabilidad fiscal que ya había inspirado el modelo de financiación del quinquenio 1997-2001». Con el fin de hacer efectivo ese propósito de fortalecimiento de la corresponsabilidad fiscal de los entes autonómicos, se ha operado profundizando en la doble vía ya establecida en el anterior modelo de financiación autonómica: de un lado, se produce una ampliación del ámbito de cesión de tributos del Estado a las Comunidades Autónomas, abriendo la posibilidad de ceder a éstas nuevos tributos estatales; de otro, se establece una mayor asunción de competencias normativas por parte de éstas respecto tanto de los tributos ya cedidos como de los que en adelante podrán ser objeto de cesión. Para la puesta en práctica del nuevo sistema se ha hecho del todo necesaria la exigencia de reformar el régimen jurídico general de cesión de tributos de la LOFCA, modificación que ha sido

(46) Sobre los principales argumentos de suficiencia y equidad que desde los ámbitos sanitarios se esgrimían en contra de la opción integradora, vid. CABASÉS HITA, J. M.: «El nuevo...», op. cit., pág. 114 y ss.

(47) Así lo expresaba GAMAZO CHILLÓN, J. C., al afirmar que «para que un modelo basado en la autonomía financiera y en la corresponsabilidad fiscal no haga peligrar la suficiencia y la solidaridad, es imprescindible que en el mismo se incluya una estimación de necesidades de gasto, o envoltente financiera de suficiencia, que para la parte no cubierta con la capacidad fiscal propia (...) cuente con mecanismos de nivelación garantizados por el Estado (...).» (Cfr. GAMAZO CHILLÓN, J. C. et al.: «30 líneas de...», op. cit., pág. 95).

llevada a cabo por la LO 7/2001, de 27 de diciembre (en adelante, LO 7/2001).

Centrándonos ya en la materia sanitaria, es preciso adelantar que el nuevo modelo general de financiación autonómica aprobado por la Ley 21/2001 ha incorporado numerosas y relevantes innovaciones en el ámbito sanitario, las cuales, no obstante, pueden quedar absorbidas y reconducidas a una primera y principal. En efecto, si hasta el momento habíamos afirmado que la financiación de la sanidad transferida a las Comunidades Autónomas se había regulado siempre al margen del sistema general de financiación autonómica, se constata como es el nuevo modelo de financiación de las Comunidades Autónomas el que ahora contiene, por primera vez, una regulación de la financiación de la materia sanitaria integrada con la del resto de los servicios transferidos, lo que supone un giro crucial con relación al sistema hasta entonces vigente. En conclusión, la premisa de la que hay que partir en el análisis del nuevo sistema de financiación de la sanidad es la integración de la financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social transferida a las Comunidades Autónomas en el nuevo modelo general de financiación autonómica, al quedar incardinada la regulación de aquélla en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre.

Este propósito integrador queda patente, desde un principio, en la propia Ley. Así, cuando en la Exposición de Motivos de la misma se hace mención de los principios en los que se inspira y fundamenta el nuevo sistema de financiación autonómica, se establece que uno de ellos, el «Principio de Generalidad», se refiere «al carácter integrador del mismo, en tanto que abarca

la financiación de todos los servicios susceptibles de traspaso a las Comunidades Autónomas. Hasta ahora, existían tres formas de financiación diferenciadas, una para los denominados servicios comunes, otro para los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social y la tercera, para los servicios sociales de la Seguridad Social». Pero es unas líneas más abajo de la propia Exposición de Motivos donde expresamente queda reconocida la integración de la financiación autonómica sanitaria en el sistema general, al indicar que «una de las características o principios del nuevo sistema de financiación consiste en integrar la financiación de las competencias comunes traspasadas a las Comunidades Autónomas, la de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social y la de los servicios sociales de la Seguridad Social; de ahí que el Título VI de la Ley se dedique a la introducción, en la Ley General de Sanidad y en el Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, de las modificaciones imprescindibles para la puesta en marcha del nuevo sistema de financiación».

Las modificaciones legislativas aludidas se reconducen, obviamente, a la regulación de la financiación de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social transferidos a las Comunidades Autónomas, vinculando la misma al sistema general de financiación autonómica vigente, según el artículo 68 de la Ley 21/2001, por el que se dota de nueva redacción al artículo 82 de la LGS y al apartado segundo del artículo 86 del TRLGSS. Así, el artículo 82 de la LGS, que en su redacción anterior establecía que la financiación de tales servicios se debía efectuar a través de los Presupuestos Generales del

Estado o de la Seguridad Social, según correspondiera, dispone ahora que la misma «se efectuará según el Sistema de financiación autonómica vigente en cada momento». Asimismo, preceptúa que «las Comunidades Autónomas que tengan asumida la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, elaboraran anualmente el presupuesto de gastos para dicha función, que deberá contener como mínimo la financiación establecida en el Sistema de Financiación Autonómica. El presupuesto, una vez aprobado, será remitido a los órganos competentes de la Administración del Estado, a efectos de conocer el importe de la financiación total que se destina a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social» (48). En el mismo sentido se ha modificado el apartado segundo del artículo 86 del TRLGSS, que en su nueva redacción establece que las prestaciones y servicios de asistencia sanitaria —y servicios sociales— cuya gestión esté transferida a las Comunidades Autónomas no se financiarán, como venía sucediendo hasta el momento, mediante aportaciones del Estado al Presupuesto de la Seguridad Social —al igual que el resto de prestaciones no contributivas—, sino que dicha financiación «se efectuará de conformidad con el sistema de financiación autonómica vigente en cada momento» (49).

Ahora bien, este nuevo modelo de financiación sanitaria integrado

(48) Cfr. artículo 68 de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se da nueva redacción al artículo 82 de la LGS.

(49) Cfr. artículo 68 de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se da nueva redacción al apartado 2.º del artículo 86 del TRLGSS.

en el sistema general de financiación autonómica requería para su efectividad la finalización del proceso de transferencia de las competencias sanitarias a aquellas Comunidades Autónomas que hasta el momento no las habían asumido —recuérdese, las que accedieron a la autonomía por el procedimiento previsto en el artículo 143 de la Constitución—. Pues bien, dicho traspaso se ha materializado en los Reales Decretos 1471, 1472, 1473, 1474, 1475, 1476, 1477, 1478, 1479 y 1480, de 27 de diciembre de 2001, por los que se traspa las funciones y servicios del INSALUD a Asturias, Cantabria, La Rioja, Murcia, Aragón, Castilla-La Mancha, Extremadura, Baleares, Madrid y Castilla y León, respectivamente. En la totalidad de dichos Decretos de Transferencia se establece que «la financiación correspondiente a este traspaso es la que se deriva de la aplicación plena del Sistema de Financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común aprobado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera en sus sesiones de 27 de julio, 16 y 22 de noviembre de 2001» (50).

Efectuadas formalmente estas transferencias, debemos indicar que dos son los aspectos de este traspaso competencial que parecen presentar cierta conflictividad. El primero de ellos viene dado por la coincidencia entre la fecha de efectividad de los traspasos y la de la entrada en vigor del sistema general de financiación autonómica, fijados ambos para el 1 de enero de

2002 (51), lo que nos ha de llevar a interrogarnos en torno al alcance del apartado segundo de la Disposición Final Segunda de la Ley 21/2001, en el que se dispone que «el nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto regulado por la presente Ley y aplicable desde el 1 de enero de 2002, así como el nuevo régimen general de la cesión de tributos del Estado a las Comunidades Autónomas, la participación de éstas en la Agencia Estatal de Administración Tributaria y las asignaciones de nivelación de los servicios públicos fundamentales, sólo serán de aplicación a las Comunidades Autónomas que hayan recibido la transferencia de los servicios que se financiarán mediante el nuevo sistema y, en Comisión Mixta, acepten este último. Las Comunidades Autónomas que no hayan recibido la transferencia de los servicios que se financiarán mediante el nuevo sistema o que, en Comisión Mixta, no acepten este último en su integridad, incluida la cesión de todos los tributos susceptibles de ser cedidos, se financiarán mediante entregas a cuenta que, a tal efecto, se establecerán en las Leyes de Presupuestos Generales del Estado hasta que, recibida la transferencia de los servicios que se financiarán a través del nuevo sistema, la respectiva Comisión Mixta acepte en su integridad el nuevo sistema de financiación». No parece que dicho mandato pueda ser del todo aplicable, al menos, en lo que respecta a la

financiación de los servicios sanitarios, puesto que, pese a que el mismo parece estar destinado precisamente a salvar el ínterin de los procesos de traspasos sanitarios a las Comunidades Autónomas, estableciendo a tal fin una especie de régimen transitorio, la efectividad de los traspasos —dispuesta en idéntica fecha a la de entrada en vigor del nuevo sistema general de financiación autonómica— y la asunción unánime en la totalidad de los Decretos de Transferencia de la aplicación del nuevo modelo en la financiación de los servicios traspasados, parecen configurarse como hechos impositivos de la eficacia del precepto.

La única forma de vislumbrar algo de coherencia en lo expuesto, es aseverar que la Ley 21/2001 ha adoptado literalmente en este punto el texto redactado en el Consejo de Política Fiscal y Financiera de 27 de julio de 2001, fecha en la que todavía no se habían aprobado los Decretos de Transferencia de los servicios sanitarios. Esa y no otra parece ser la causa de esa disposición, así como la de otros preceptos de carácter análogo en los que se encuentran referencias a Comunidades Autónomas sin competencias sanitarias transferidas (52). No

(50) Cfr. número 1.º del apartado E («Valoración de las cargas financieras de los medios que se traspan») de los respectivos Decretos de Transferencia.

(51) Vid. apartado K («Fecha de efectividad del traspaso») de los Decretos de Transferencia y Disposición Final Primera de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre.

(52) Así, por ejemplo, cuando se regula en el artículo 4 el Fondo «Programa de ahorro en incapacidad temporal», se establece que la dotación del mismo afectará «tanto a las Comunidades Autónomas con la gestión transferida como a las que no la tienen». Del mismo modo en la Exposición de motivos de la Ley, cuando se hace referencia al traspaso de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las Comunidades Autónomas que no tienen asumido este servicio como una de las causas de revisión del «Fondo de suficiencia».

obstante, la cuestión pudiera también estar en cierto modo vinculada al segundo de los problemas anteriormente apuntados, y que viene referido al régimen de financiación aplicable a Ceuta y Melilla. En efecto, al no habérseles transferido —al menos hasta el momento de la redacción de estas líneas— competencia alguna en el ámbito de la gestión de los servicios sanitarios, podría entenderse aplicable ese régimen transitorio de financiación establecido en ese apartado segundo de la Disposición Final Segunda de la Ley 21/2001 (53).

II.3.3. Análisis del nuevo modelo de financiación autonómica de la sanidad: necesidades de financiación, recursos financieros y evolución del sistema

El nuevo modelo de financiación autonómica sanitaria se caracteriza, pues, por su integración en el sistema general de financiación de las Comunidades Autónomas. De este modo, la sanidad autonómica parece enmarcarse en esa «línea ingreso o espacio fiscal» antes mencionada, en la que el mecanis-

mo básico de financiación de los servicios sanitarios transferidos a las Comunidades Autónomas va a estar constituido por la participación de éstas en la denominada «cesta de impuestos». Ahora bien, como veremos a continuación, el nuevo modelo de financiación no se ha limitado a establecer únicamente la naturaleza tributaria de los recursos financieros destinados a cubrir las necesidades sanitarias, sino que también ha pretendido fijar un sistema de determinación de las necesidades de gasto sanitario de las distintas Comunidades Autónomas —sistema que, además, presenta importantes variantes con respecto al empleado con anterioridad—, y de estimación de la evolución en el tiempo tanto de dichos recursos como del gasto sanitario.

En consecuencia, tres son los aspectos que, siguiendo el orden y los términos empleados por la Ley 21/2001, vamos a abordar. Así, analizaremos, en primer lugar, las «necesidades de financiación del sistema en el año base» o «suficiencia estática»; dicho en otros términos, se tratará de examinar el método adoptado para la determinación de las necesidades de financiación de las respectivas Comunidades Autónomas en el bloque de competencias sanitarias. En segundo lugar, nos centraremos en los «recursos financieros del sistema en el año base», o lo que es lo mismo, en los instrumentos o medios adoptados para financiar ese volumen de gasto estimado. Por último, examinaremos la «evolución del sistema de financiación» o «suficiencia dinámica», es decir, los parámetros de evolución de los recursos financieros previstos con el fin de que éstos sean acordes al crecimiento de las necesidades de financiación. Todo

ello circunscrito exclusivamente al campo de la financiación de las competencias sanitarias transferidas, sin perjuicio de la posibilidad de realizar algún tipo de comparación con el resto de las competencias comunes.

a) Determinación de las necesidades de financiación inicial de los servicios sanitarios transferidos

El apartado segundo del artículo 2 de la Ley 21/2001 dispone que «las necesidades de financiación, en términos de homogeneidad competencial, de las distintas Comunidades Autónomas, se determinarán en el año base, inicialmente, mediante la aplicación a la masa homogénea de financiación asignada a cada uno de los bloques competenciales en valores del año base 1999, de las variables sociodemográficas y distributivas, y determinadas ponderaciones y modulaciones. Las necesidades de financiación total de cada Comunidad Autónoma resultan de agregar a las necesidades de financiación en términos de homogeneidad competencial, definidas en el párrafo anterior, para cada Comunidad Autónoma, el valor en el año base 1999 de las competencias no homogéneas».

Del contenido de este precepto es posible extraer las siguientes notas. La primera, que el volumen global de financiación de suficiencia de cada Comunidad Autónoma en el año base —1999— estará formado por las necesidades de financiación estimadas para las competencias homogéneas, más el valor de las no homogéneas. Y, la segunda, que para la determinación en ese año base de las necesidades de fi-

(53) A lo largo de toda la Ley se observa una única referencia a Ceuta y Melilla, en su Disposición Transitoria Primera, al disponer que «la ley en cuya virtud se ceden tributos del Estado a dichas ciudades con Estatuto de Autonomía determinará el alcance y términos de dicha cesión, la cual se regirá, en la parte que le fuere aplicable, por lo dispuesto en el Título II de esta Ley».

nanciación de las competencias homogéneas, se efectuará una doble operación: primero, la asignación inicial de un volumen de financiación a cada uno de los tres bloques competenciales —competencias comunes, gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social y gestión de los servicios sociales de la Seguridad Social—; segundo, la distribución de ese volumen inicial estimado para los distintos bloques de competencias en función de una serie de criterios y ajustes.

Por tanto, siguiendo el esquema expuesto, y centrándonos ya en la determinación de las necesidades de financiación del bloque competencial sanitario, observamos como, en primer lugar, el apartado segundo del artículo 3 establece la masa homogénea de financiación en el año base —es decir, el volumen inicial de recursos— asignada a «la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la seguridad Social», disponiendo que se integrará, de un lado, por la financiación resultante de la liquidación definitiva del año 1999, para las Comunidades Autónomas con competencias asumidas en la materia, y de otro, por el importe de la financiación resultante para las restantes Comunidades Autónomas, integradas en el bloque INSALUD gestión directa.

En segundo lugar, para determinar en el año base las necesidades de gasto sanitario a financiar, el artículo 4 apartado B) dispone la constitución del denominado «Fondo General» (letra a), el cual distribuye la masa homogénea de financiación de este bloque competencial, determinada ex artículo 3 apartado segundo, de acuerdo con los criterios de población protegida, población mayor de sesenta y cinco años e insularidad. De estos

tres criterios asignativos, el de la población protegida continúa siendo el de mayor relevancia, puesto que la Ley establece que la ponderación de esta variable será del 75 %, mientras que las otras dos —población mayor de sesenta y cinco años e insularidad— sólo se considerarán en un 24,5 % y 0,5 % respectivamente. Respecto al criterio de población protegida, se entenderá por ésta la fijada para el 1999 según las estadísticas elaboradas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, mientras que la estimación de la población mayor de sesenta y cinco años, se efectuará atendiendo a las cifras del Padrón a 1 de enero de 1999 para cada Comunidad Autónoma, elaborado por el Instituto Nacional de Estadística. Por último, la asignación por la variable de insularidad se efectuará proporcionalmente a la distancia en kilómetros, ponderada por tramos, entre las costas de la península y las capitales insulares, según la información facilitada por el Centro Nacional de Información Geográfica del Ministerio de Fomento.

De lo visto hasta este momento puede constatar el esfuerzo del legislador por huir del criterio capitativo puro o simple de la población protegida, al introducir las variables de la población mayor de sesenta y cinco años y la insularidad como mecanismos de corrección y ajuste de aquel criterio. No obstante, pese a ese propósito de superar las deficiencias históricas del reparto per cápita, parece haber quedado en el olvido la consideración de algunas otras variables demográficas, sociales o económicas que, como hemos destacado anteriormente, poseen una singular trascendencia en el coste de las prestaciones sanitarias —nivel de renta, densidad poblacional, pobla-

ción menor de cinco años, infraestructuras sanitarias, etc.—. La adopción de tales indicadores hubiera configurado, probablemente, un verdadero criterio capitativo compuesto, que llevara a una distribución de los recursos más igualitaria y acorde con las diferentes necesidades sanitarias de las distintas Comunidades Autónomas.

Directamente vinculado al Fondo General, la letra b) del apartado B) del artículo 4 regula la denominada «Garantía de Mínimos», disponiendo que la financiación asignada a cada Comunidad Autónoma por dicho fondo sea al menos igual a la que cada una de ellas tiene asignada, como masa homogénea de financiación en este bloque de competencias, de conformidad con el apartado 2 del artículo 3. Por tanto, de la literalidad del precepto se desprende que del juego de los criterios distributivos o de asignación no podrá nunca resultar un volumen de recursos financieros menor al asignado inicialmente a cada Comunidad. Parece presente en todo momento la voluntad constante del legislador de introducir manifestaciones del pacificador principio del «nadie pierde», principio éste que alcanza su máxima expresión en el apartado primero de la Disposición Transitoria Segunda, el cual garantiza a las Comunidades Autónomas que tuvieran ya asumidos los servicios sanitarios una financiación en el año 2002 cuanto menos igual a la obtenida en el último año según el modelo anterior.

Ahora bien, junto a este Fondo General el nuevo sistema dispone la creación de otros dos de carácter específico: el «Fondo Programa de ahorro en incapacidad temporal» y el «Fondo de cohesión sanitaria» (letra c) del apartado B) del artículo 4). El primero de ellos está desti-

nado a financiar la adopción de mecanismos de control del gasto por incapacidad temporal y de mejora de la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social para estas contingencias, correspondiendo la gestión financiera de dicho fondo a la Tesorería General de la Seguridad Social. Este fondo –dotado inicialmente con 240,40 millones de euros, previéndose su incremento anual según se determine en las leyes de Presupuestos Generales del Estado– será distribuido de conformidad con el criterio capitativo simple de la población protegida, estando integrado el importe del mismo para cada Comunidad Autónoma en las necesidades de financiación resultantes para cada una de ellas.

Por lo que respecta al Fondo de cohesión sanitaria, es posible observar como el mismo parece responder a la finalidad última de satisfacer y dotar de efectividad al principio de equidad proclamado en los artículos 3 y 12 de la LGS, puesto que el mismo aparece configurado como un instrumento garantizador de la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español. Así, se hace patente a lo largo de la regulación del nuevo sistema la preocupación del legislador por salvaguardar el principio de igualdad en la prestación y acceso a la sanidad, como constataremos al tratar el «Fondo de Suficiencia» y las «Asignaciones de Nivelación». En aras de la consecución de dicho objetivo se prevé la incorporación de un mecanismo compensatorio para las Comunidades Autónomas por el coste de la asistencia sanitaria a pacientes desplazados. No obstante, la literalidad de la Ley parece circunscribir su ámbito de aplicación a los ciudadanos despla-

dos provenientes de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca, por lo que procede cuestionarse si el fondo responde también a la compensación del flujo interterritorial de pacientes entre las propias Comunidades Autónomas, es decir, al sufragio de los gastos ocasionados por la atención a pacientes desplazados procedentes de Comunidades distintas. Pues bien, pese a la ausencia de referencia alguna a tan relevante supuesto, se han de entender también incluidos en el presupuesto de hecho de la norma estos pacientes desplazados provenientes de otras Comunidades Autónomas, ya que este punto se presentaba como uno de los básicos a regular en el nuevo modelo de financiación sanitaria (54). Ahora bien, es preciso resaltar que el ámbito de actuación de la variable de ajuste «pacientes desplazados» queda circunscrito a este fondo específico, sin ser tenida en cuenta como criterio distributivo del Fondo General; es decir, el indicador «pacientes desplazados» no se adopta como uno más de los destinados a distribuir la masa homogénea de financiación asignada, sino que más bien se conceptúa como un criterio compensatorio por el

(54) Como ya hemos resaltado con anterioridad, los gastos derivados de la atención sanitaria prestada a pacientes desplazados fueron ya previstos en el Acuerdo de financiación sanitaria de 1994, pese a que el sistema de compensación previsto fuera inviable en la práctica. En el posterior Acuerdo de 1997 también se observó la preocupación por establecer mecanismos de corrección de dicho gasto, mediante la creación de un fondo adicional en los que expresamente se contemplaba este supuesto.

flujo interterritorial de pacientes, de modo que se dota de un fondo «ad hoc», cuantitativamente mucho menor que el general, en orden a compensar los gastos de las Comunidades Autónomas ocasionados por la asistencia sanitaria prestada a pacientes desplazados. Por último, hacer constar que la regulación de los concretos mecanismos de distribución del fondo se remite a una futura norma específica, la cual deberá establecer los cauces concretos y adecuados para el efectivo cumplimiento del sistema previsto, en orden a posibilitar la consecución de los objetivos compensatorios y equitativos del mismo.

b) Recursos destinados a la financiación inicial de los servicios sanitarios transferidos

El artículo 6 de la Ley 21/2001 regula los distintos recursos financieros en el año base destinados a cubrir las necesidades globales de financiación, estimadas del modo expuesto en apartados anteriores. Es decir, el precepto viene a configurar el elenco inicial de recursos afectos a la financiación de las necesidades totales de gasto anteriormente fijadas, entre las cuales se encuentran las relativas a los servicios de asistencia sanitaria. No procede en esta sede analizar con detenimiento la reforma del régimen general de cesión de tributos del Estado a las Comunidades Autónomas, por lo que nos limitaremos a exponer de un modo descriptivo las principales innovaciones introducidas tanto en lo relativo a los nuevos tributos susceptibles de cesión como por lo que respecta a los ya cedidos. De este modo, únicamente entraremos a examinar con carácter exhaustivo el nuevo y con-

flictivo «Impuesto sobre las Ventas Minoristas de determinados Hidrocarburos» que, por las especiales connotaciones que posee en materia de sanidad autonómica —puesto que su creación parece responder expresamente a la financiación del gasto sanitario de las Comunidades Autónomas—, trataremos separadamente en un epígrafe posterior. Asimismo hemos creído conveniente escindir el estudio del denominado «Fondo de Suficiencia», posponiendo el mismo al apartado dedicado a los mecanismos de equidad previstos en el sistema.

De este modo, la principal característica del nuevo régimen es la ampliación del campo de los tributos susceptibles de cesión a los entes autonómicos, lo que ha exigido la reforma de los correspondientes preceptos de la LOFCA. Así, de un lado, se mantiene la totalidad de los tributos efectivamente cedidos hasta el momento: el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas —si bien se amplía su posible cesión al 33 %—, el Impuesto sobre el Patrimonio, el Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados, el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones y los Tributos sobre el Juego. Se eliminan —o mejor dicho, se concretan— las referencias existentes a la imposición general sobre las ventas en su fase minorista y a los impuestos sobre consumos específicos en su fase minorista, singularizándose los tributos susceptibles de cesión.

De otro, se establece la reseñada posibilidad de cesión de nuevos tributos: el Impuesto sobre el Valor Añadido, si bien con carácter parcial hasta un máximo del 35 %; los Impuestos Especiales de Fabricación, también de modo parcial hasta el límite del 40 %: el Impuesto sobre la Cerveza, el Impuesto sobre

el Vino y Bebidas Fermentadas, el Impuesto sobre Productos Intermedios, el Impuesto sobre Alcohol y Bebidas Derivadas, el Impuesto sobre Hidrocarburos y el Impuesto sobre Labores del Tabaco, excluyéndose el Impuesto sobre la Electricidad, que se configura como susceptible de cesión total; el Impuesto Especial sobre Determinados Medios de Transporte y el novedoso Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos.

En suma, el conjunto de recursos afectos al nuevo sistema de financiación —tomando siempre como referencia el año base 1999— son los siguientes: la recaudación de tributos cedidos sobre Patrimonio, Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados, Sucesiones y Donaciones, Determinados Medios de Transporte, Ventas Minoristas de determinados Hidrocarburos, sobre el Juego y Tasas afectas a los servicios transferidos; Tarifa autonómica del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas; cesión del 35 % de la recaudación líquida por el Impuesto sobre el Valor Añadido; cesión del 40 % de la recaudación líquida por los Impuestos sobre la Cerveza, sobre el Vino y Bebidas Fermentadas, sobre Productos Intermedios, sobre el Alcohol y Bebidas Derivadas, sobre Hidrocarburos y sobre Labores del Tabaco; cesión del 100 % de la recaudación líquida por el Impuesto sobre la Electricidad y, por último, el ya mencionado Fondo de Suficiencia.

Ahora bien, corresponde en este momento preguntarse si de ese catálogo de recursos expuesto —el cual, como hemos visto, se encuentra dirigido a financiar el monto total de las necesidades de gasto del sistema— se establece la afectación,

en términos de mínimos, de parte de los mismos a la financiación de los servicios sanitarios; es decir, cuáles de dichos recursos financieros deben quedar, obligatoriamente y como mínimo, vinculados a la financiación de tales servicios. Pues bien, a ello parece responder el apartado segundo de la Disposición Transitoria Sexta de la Ley 21/2001, que en su párrafo segundo dispone que, en el año 2002, las Comunidades Autónomas deberán destinar a la financiación de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, como mínimo, el importe de los recursos que, en dicho año, proporcione para la financiación de dichos servicios, el nuevo sistema de financiación. A estos efectos, se considerará como importe de los recursos que proporciona el nuevo sistema para la financiación de dichos servicios la suma de las siguientes cantidades: primero, el rendimiento del año 2002 correspondiente a la cesión del 35 % de la recaudación líquida por el Impuesto sobre el Valor Añadido; segundo, el rendimiento del año 2002 correspondiente a la cesión del 40 % de la recaudación líquida por los Impuestos sobre la Cerveza, Vino y Bebidas Fermentadas, Productos Intermedios, Alcohol y Bebidas Derivadas, sobre Hidrocarburos y sobre Labores del Tabaco; tercero, el rendimiento del año 2002 correspondiente a la cesión del 100 % de la recaudación líquida por el Impuesto sobre la Electricidad; cuarto, el rendimiento del año 2002 correspondiente a la cesión del 100 % de la recaudación por el Impuesto Especial sobre Determinados Medios de Transporte; quinto, el rendimiento del año 2002 correspondiente a la cesión del 100 % de la recaudación por el Impuesto sobre las Ventas Minoris-

tas de Determinados Hidrocarburos; sexto, la parte del Fondo de Suficiencia del año 2002 que corresponda a la financiación de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

c) *Evolución temporal de los recursos financieros en materia sanitaria*

Por lo que respecta a la evolución del sistema de financiación en materia de asistencia sanitaria de las Comunidades Autónomas, el apartado tercero del artículo 7 de la Ley 21/2001 establece que «las Comunidades Autónomas deberán destinar cada año a la financiación de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, excluida la parte correspondiente al Fondo Programa de Ahorro en Incapacidad Temporal, como mínimo, el importe que resulte de aplicar al valor en el año base establecido para tales servicios, el índice de crecimiento del ITEn, a que se refiere el artículo 16. A tal fin quedan vinculados todos los recursos del sistema de financiación». Se pretende, pues, priorizar y garantizar, en cierto modo, la suficiencia financiera futura de los servicios sanitarios transferidos, de modo que, anualmente, las Comunidades Autónomas estarán obligadas a incrementar dicha financiación, al menos, en idéntica proporción al crecimiento de los Ingresos Tributarios del Estado, empleando para ello cuantos recursos, de entre el total de los recibidos, sean requeridos. No obstante, recuérdese que para el año 2002 rige lo dispuesto por la Disposición Transitoria Sexta de la Ley 21/2001 anteriormente analizada.

Ahora bien, la Disposición Transitoria Segunda de la Ley establece

que «el Estado garantiza a las Comunidades Autónomas que tengan asumida la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que la financiación de dichos servicios en el año 2002 será, como mínimo, la obtenida en el último año del sistema vigente de financiación de los servicios de sanidad en el período 1998-2001. Durante los tres primeros años del Sistema de Financiación, el Estado garantizará a las Comunidades Autónomas que tengan asumida la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que el índice de evolución de la financiación asignada a los mismos tendrá un índice de evolución del PIB nominal a precios de mercado». Por tanto, tras establecer el mecanismo del «nadie pierde» en su apartado primero, la literalidad del apartado segundo parece vincular la evolución de la financiación sanitaria a la del PIB —lo cual muestra reminiscencias de los anteriores acuerdos—, con lo que se introduce un nuevo elemento en el marco de la financiación futura del sistema, que obliga a ser integrado con lo dispuesto en el artículo 7 párrafo tercero, destinado a establecer la suficiencia dinámica del mismo.

II.3.4. El Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos

Una de las innovaciones del nuevo sistema de financiación ha sido la creación, con efectos a partir del 1 de enero de 2002, de una nueva figura tributaria, el Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos, cuya principal peculiaridad radica en su

inmediata cesión a las Comunidades Autónomas, con la finalidad última de coadyuvar a la financiación del gasto sanitario autonómico.

a) Regulación

La regulación del Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos viene contenida en la Ley 24/2001, de 27 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, concretamente en su artículo 9 (55). De este modo, la Ley de *acompañamiento* a la de Presupuestos para el año 2002 se configura como la creadora del Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos, hecho que reabre la cuestión de la constitucionalidad de la creación «ex novo» de un tributo en virtud de las Leyes de *acompañamiento* a las de Presupuestos Generales del Estado. La posible inconstitucionalidad del tributo ha sido ya acertadamente apuntada por CAAMAÑO ANIDO (56), quien tras un riguroso examen de la naturaleza y función de las Leyes de *acompañamiento*, concluye afirmando que «si las Leyes de *acompañamiento*, en virtud de su naturaleza instrumental respecto de los objetivos de la norma presupuestaria, nunca deben ser

(55) Este artículo remite toda la materia relativa a la cesión del mismo a las Comunidades Autónomas a lo dispuesto en las normas reguladoras de la cesión de tributos estatales a los entes autonómicos, por lo que también hemos de atender a la LO 7/2001 y a la Ley 21/2001.

(56) Cfr. CAAMAÑO ANIDO, M. A.: «Tres notas sobre el nuevo Impuesto sobre Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos», en Revista de Contabilidad y Tributación, CEF, n.º 227, febrero 2002, pág. 164.

utilizadas como un instrumento legislativo ordinario, y por ello tampoco, en primer lugar, como mecanismo para esquivar las exigencias y límites que la Constitución y el Tribunal Constitucional han establecido a las normas presupuestarias, con mayor razón debemos dudar de que resista un juicio de constitucionalidad la creación de un impuesto, el nuevo Impuesto sobre Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos, por Ley de *acompañamiento* a la de Presupuestos, especialmente si tenemos presente que su recaudación, lejos de integrarse en los Presupuestos Generales del Estado, se afecta a un capítulo particular, en este caso al gasto sanitario y, en su caso, medioambiental».

b) Naturaleza

El Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos presenta los siguientes rasgos, que definen su naturaleza jurídica:

Primero: El Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos como impuesto especial e indirecto. Según el apartado primero del número Uno del artículo 9 de la Ley 24/2001, «el Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos es un tributo de naturaleza indirecta que recae sobre el consumo de aquellos, gravando en fase única, las ventas minoristas de los productos comprendidos en su ámbito objetivo, con arreglo a las disposiciones de esta Ley». Se configura, pues, como un impuesto especial, siendo sus rasgos caracterizadores los generales de éstos: así, se trata de un impuesto indirecto, real, objetivo, de devengo instantáneo y monofá-

sico, que grava el consumo de los hidrocarburos explicitados en la Ley en la fase de venta al público al por menor de los mismos.

Segundo: El Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos como impuesto susceptible de cesión a las Comunidades Autónomas. Como hemos apuntado anteriormente, una de las características básicas del impuesto estriba en su naturaleza de tributo susceptible de ser cedido a las Comunidades Autónomas. Así, el número Uno del artículo 9, en su apartado segundo, establece que «la cesión del impuesto a las Comunidades Autónomas se regirá por lo dispuesto en las normas reguladoras de la Cesión de Tributos del Estado a las Comunidades Autónomas y tendrá el alcance y condiciones que para cada una de ellas establece su respectiva Ley de cesión». Por tanto, el precepto efectúa una remisión a la normativa reguladora del régimen general de cesión de tributos estatales a las Comunidades, por lo que habrá que acudir a lo que a tal efecto se disponga tanto en la LO 7/2001 como en la Ley 21/2001. De este modo, el artículo primero apartado segundo de la LO 7/2001 dota de nueva redacción al artículo 11 de la LOFCA, introduciendo dentro del catálogo de tributos susceptibles de ser cedidos a las Comunidades Autónomas –entre otros ya apuntados– el Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos. Por lo que se refiere a este impuesto, los artículos 12 y 19 de la LOFCA, en su nueva redacción dada por los apartados tercero y cuarto del artículo primero de la LO 7/2001, establecen, respectivamente, la imposibilidad de que las Comunidades Autónomas establezcan recargos sobre el mismo y la posibilidad de que

asuman competencias normativas con relación a los tipos de gravamen y en materia de gestión, liquidación, recaudación e inspección –si bien, como veremos, con alguna que otra matización–. Por lo demás, la específica regulación de éstos y demás aspectos de la cesión del impuesto se encuentra en el Título II de la Ley 21/2001.

En efecto, los artículos 17 y 18 de dicha Ley recogen el elenco de tributos susceptibles de cesión a las Comunidades Autónomas y el alcance y condiciones generales de la misma, respectivamente. Entre dicho grupo, se encuentra, obviamente, el Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos, disponiéndose la cesión de la totalidad del importe de su recaudación líquida. Así, el apartado primero del artículo 36 de la Ley dispone que «se cede a la Comunidad Autónoma el rendimiento del Impuesto sobre las Ventas Minoristas de determinados Hidrocarburos producidos en su territorio». En consonancia, su apartado segundo establece cuándo se considera producido en el territorio de una Comunidad Autónoma el rendimiento sobre las Ventas Minoristas de determinados Hidrocarburos, preceptuando que será el que corresponda «a las ventas minoristas efectuadas en los establecimientos de venta al público al por menor situados en dicha Comunidad Autónoma, con excepción de los suministros que se efectúen a consumidores finales que dispongan de las instalaciones necesarias para recibirlos y consumirlos en otra Comunidad Autónoma, en los que el rendimiento se considerará producido en esta última» y «a las importaciones y adquisiciones intracomunitarias de los productos comprendidos en el ámbito objetivo del

impuesto cuando se destinen directamente al consumo del importador o del adquirente en un establecimiento de consumo propio situado en dicha Comunidad Autónoma».

Por lo que respecta al alcance de las competencias normativas de las Comunidades Autónomas sobre los elementos del Impuesto sobre las Ventas de Determinados Hidrocarburos, su régimen queda establecido en el artículo 44 de la Ley 21/2001, posibilitando que éstas regulen tanto el tipo de gravamen autonómico como los aspectos de gestión, liquidación, recaudación e inspección. En cuanto al primero de los elementos –tipo de gravamen del impuesto–, y sin perjuicio de lo que se expondrá con posterioridad, el número Diez del artículo 9 de la Ley 24/2001 dispone en su apartado primero que «el tipo de gravamen aplicable a cada producto gravado se formará mediante la suma de los tipos estatal y autonómico», previéndose en el apartado tercero del mismo artículo que este último sea «aquel que, conforme a lo previsto en la Ley que regule las nuevas medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatutos de Autonomía, sea aprobado por la Comunidad Autónoma», de modo que cada Comunidad estará habilitada para regular el tipo de gravamen autonómico, siempre dentro del marco dispuesto por la Ley 21/2001.

A tal efecto, el artículo 44 apartado primero de la Ley 21/2001 establece que las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias normativas sobre el tipo de gravamen autonómico dentro de la siguiente banda: a) Gasolinas: desde 0 hasta 10 euros por 1.000 litros; b) Gasóleo de uso general: desde 0

hasta 10 euros por 1.000 litros; c) Gasóleo de usos especiales y de calefacción: desde 0 hasta 2,50 euros por 1.000 litros; d) Fuelóleo: desde 0 hasta 0,40 euros por tonelada; e) Queroseno de uso general: desde 0 hasta 10 euros por 1.000 litros; f) Queroseno de calefacción: desde 0 hasta 2,5 euros por 1.000 litros. No obstante, este régimen sólo será aplicable para el año 2002, puesto que la Disposición Transitoria Tercera dispone un aumento progresivo del límite máximo de la banda del tipo de gravamen autonómico contenida en aquél para los años 2003, 2004 y siguientes. Así, establece que en el año 2003, la banda a que se refiere el artículo 44 será la siguiente: a) Gasolinas: desde 0 hasta 17 euros por 1.000 litros; b) Gasóleo de uso general: desde 0 hasta 17 euros por 1.000 litros; c) Gasóleo de usos especiales y de calefacción: desde 0 hasta 4,25 euros por 1.000 litros; d) Fuelóleo: desde 0 hasta 0,70 euros por tonelada; e) Queroseno de uso general: desde 0 hasta 17 euros por 1.000 litros; f) Queroseno de calefacción: desde 0 hasta 4,25 euros por 1.000 litros. Para el año 2004 dispone la siguiente: a) Gasolinas: desde 0 hasta 24 euros por 1.000 litros; b) Gasóleo de uso general: desde 0 hasta 24 euros por 1.000 litros; c) Gasóleo de usos especiales y de calefacción: desde 0 hasta 6 euros por 1.000 litros; d) Fuelóleo: desde 0 hasta 1 euros por tonelada; e) Queroseno de uso general: desde 0 hasta 24 euros por 1.000 litros; f) Queroseno de calefacción: desde 0 hasta 6 euros por 1.000 litros. Por último, para el año 2005 y siguientes se prevé que el límite superior de la banda del tipo de gravamen autonómico podrá ser actualizado por la Ley de Presupuestos Generales del Estado. Ahora bien, esta

competencia normativa «podrá ejercerse bien en todos los productos gravados, bien sólo en alguno de ellos» (57); en el caso de que la Comunidad Autónoma no hiciera uso de esa competencia normativa y no aprobara tipo alguno, el tipo de gravamen del impuesto será sólo el estatal, prohibiéndose la aplicación supletoria de la normativa estatal, según lo dispuesto en el apartado tercero del número Diez del artículo 9 de la Ley 24/2001.

Respecto al segundo de los aspectos susceptible de ser regulado por las Comunidades Autónomas –gestión, liquidación, recaudación e inspección–, el apartado segundo de la Disposición Transitoria Cuarta dispone que «durante el año 2002, las Comunidades Autónomas no podrán regular los aspectos de recaudación e inspección del Impuesto sobre la Venta de Determinados Hidrocarburos», por lo que se establece una diferenciación: la gestión y liquidación podrá ya ser objeto de regulación por los entes autonómicos desde el año 2002, mientras que las cuestiones relativas a la recaudación e inspección sólo podrán serlo a partir del 2003.

Para concluir con la materia relativa a la cesión del impuesto, queda en última instancia hacer una sucinta referencia al régimen de delegación de competencias del Estado a las Comunidades Autónomas previsto para el Impuesto sobre la Venta de Determinados Hidrocarburos. Así, el apartado primero del artículo 46 de la Ley 21/2001, preceptúa que «la Comunidad Autónoma se hará cargo, por

(57) Cfr. artículo 44 apartado segundo de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre.

delegación del estado y en los términos previstos en esta sección, de la gestión, liquidación, recaudación e inspección, así como de la revisión de los actos dictados en vía de gestión (...)» del impuesto. No se pretende en esta sede mostrar todos y cada uno de los aspectos relativos al alcance de la delegación de competencias en dichos campos –gestión, liquidación, recaudación, inspección y revisión–, ya que, por otro lado, no sólo afectan al Impuesto sobre la Venta de Determinados Hidrocarburos, sino también a otros impuestos cedidos; pese a ello, consideramos conveniente exponer las líneas básicas de dicho régimen, recogido en los artículos 47 y siguientes de la Ley 21/2001, intentando desgajar de esa regulación conjunta lo que exclusivamente concierne al ámbito de delegación de competencias del referido impuesto.

Así, en primer lugar, con relación a la gestión y liquidación del impuesto, el apartado primero del artículo 47 establece que corresponderá a las Comunidades Autónomas: a) La incoación de los expedientes de comprobación de valores, utilizando los mismos criterios que el Estado; b) La realización de los actos de trámite y de liquidación; c) la calificación de infracciones y la imposición de sanciones tributarias; d) La publicidad e información al público de obligaciones tributarias y su forma de cumplimiento; e) La aprobación de modelos de declaración; f) Las demás competencias necesarias para la gestión de los tributos. No obstante lo dispuesto, no serán objeto de delegación las siguientes competencias en materia de gestión y liquidación: a) La contestación de las consultas reguladas en el artículo 107 de la Ley General Tributaria,

salvo en lo que se refiera a la aplicación de las disposiciones dictadas por la Comunidad Autónoma en el ejercicio de sus competencias; b) La confección de los efectos estancados que se utilicen para la gestión de los tributos cedidos; y expresamente para el Impuesto sobre la Venta de Determinados Hidrocarburos, «los acuerdos de concesión de las exenciones previstas en los párrafos a), b) y c) del apartado 1 de la disposición seis del Impuesto sobre la Venta de Determinados Hidrocarburos» (58).

En segundo lugar, por lo que respecta a la recaudación del impuesto, el apartado primero del artículo 48 dispone que corresponderá a las Comunidades Autónomas la recaudación en pago voluntario y en período ejecutivo del Impuesto sobre la Venta de Determinados Hidrocarburos. En lo que se refiere al aplazamiento y fraccionamiento de pago, el apartado tercero de dicho artículo establece que corresponderá a cada Comunidad Autónoma la competencia para resolver de acuerdo con la normativa del Estado. Por su parte, el artículo 49 habilita a las Comunidades Autónomas para organizar libremente sus servicios para la recaudación de los tributos cedidos, debiendo ajustarse la gestión recaudatoria de éstos a lo dispuesto en la normativa del Estado, y asumiendo los mismos las potestades atribuidas en la citada normativa estatal.

En tercer lugar, en materia inspectora, el apartado primero del artículo 50 de la Ley 21/2001 preceptúa que corresponderán a las Comunidades Autónomas las

funciones previstas en el artículo 140 de la Ley General Tributaria, aplicando las normas legales y reglamentarias que regulen las actuaciones inspectoras del Estado en materia tributaria y siguiendo los planes de actuación inspectora, que habrán de ser elaborados conjuntamente por ambas Administraciones.

Por último, en relación con la revisión de los actos en vía administrativa relativos al impuesto, las Comunidades Autónomas serán competentes para: a) Resolver los recursos de reposición; b) Declarar la nulidad de pleno derecho, previo dictamen del Consejo de estado u Órgano consultivo equivalente de la Comunidad Autónoma; c) resolver los expedientes de fraude de ley; d) Declarar la lesividad de sus propios actos declarativos de derechos e impugnarlos en vía contencioso-administrativa. Asimismo, se establece que las Comunidades Autónomas gozarán de legitimación para recurrir: a) Ante los tribunales Económico-Administrativos los actos de gestión tributaria propios; b) En alzada ordinaria, las resoluciones de los Tribunales Económico-Administrativos Regionales; c) Ante los Tribunales Contencioso-Administrativos, las resoluciones de los Tribunales Económico-Administrativos. No obstante, no serán objeto de delegación: a) La revisión de los actos de gestión tributaria a los que se refiere el artículo 154 de la Ley General Tributaria, salvo que la infracción manifiesta de la norma legal se refiera a una disposición emanada de la Comunidad Autónoma; b) El conocimiento de las reclamaciones económico-administrativas interpuesta contra los actos de gestión tributaria emanados de las Comunidades Autónomas.

(58) Cfr. letra e) del apartado segundo del artículo 47 de la Ley 21/2001.

No obstante lo dispuesto en los párrafos precedentes acerca del régimen de la delegación de competencias, el apartado primero de la Disposición Transitoria Cuarta introduce una salvedad, posponiendo, para el Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos, la efectividad de la delegación de competencias en relación con la recaudación del resultado derivado de las actuaciones de comprobación e investigación, así como de la delegación de competencias en relación con las actuaciones de inspección, hasta el año 2003.

Tercero. El Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos como impuesto afecto a la financiación de la sanidad. El número Uno del artículo 9 de la Ley 24/2001, en su apartado tercero, establece que «los rendimientos que se deriven del presente Impuesto quedarán afectados en su totalidad a la financiación de gastos de naturaleza sanitaria orientados por criterios objetivos fijados en el ámbito nacional. No obstante lo anterior, la parte de los recursos derivados de los tipos de gravamen autonómicos podrá dedicarse a financiar actuaciones medioambientales que también deberán orientarse por idéntico tipo de criterios». Esta expresa vinculación del producto del impuesto a la financiación de la asistencia sanitaria se configura como la segunda de las características principales de este tributo y, además, se convierte en causa suficiente para justificar el minucioso análisis del mismo que se efectúa en el presente estudio, circunscrito a la financiación de la sanidad pública.

La literalidad de este precepto permite concluir que la finalidad última del nuevo Impuesto sobre las

Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos es la obtención de nuevos recursos financieros en orden a contribuir al sostenimiento las necesidades de gasto de los servicios sanitarios transferidos a las Comunidades Autónomas –y, residualmente, el gasto medioambiental–, según lo estimado en el nuevo sistema de financiación autonómica aprobado por la Ley 21/2001, al afectarse a dicho objetivo la totalidad del rendimiento que se obtenga por el impuesto. Tal afectación parece no adecuarse a los principios de universalidad presupuestaria, proclamado en el apartado segundo del artículo 134 de la Constitución, y de no afectación entre ingresos y gastos, recogido en los artículos 23 de la Ley General Presupuestaria y 27 de la Ley General Tributaria, por lo que se añade un elemento más de duda en torno a la constitucionalidad o, al menos, legalidad del impuesto. Así lo ha señalado CAAMAÑO ANIDO, para quien se trata «de un caso de deliberada ruptura del principio de no afectación (...), con clara huida de los principios de unidad de caja y de presupuesto único» (59).

c) Ambito de aplicación

Según el artículo 9 número Dos de la Ley 24/2001, el Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos será exigible en todo el territorio español con excepción de Canarias, Ceuta y Melilla, sin perjuicio de lo establecido en Convenios y Tratados internacionales y de los regímenes tri-

(59) Cfr. CAAMAÑO ANIDO, M. A.: «Tres notas...», op. cit., pág. 165.

butarios especiales por razón del territorio. De este modo, en Navarra y País Vasco el impuesto se exigirá de acuerdo con lo establecido en el Convenio y Concierto Económico vigente, respectivamente.

d) Objeto

Los hidrocarburos comprendidos en el ámbito objetivo del Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos, según lo dispuesto en el artículo 9 número Tres de la Ley 34/2001, son las gasolinas, el gasóleo, el fuelóleo y el queroseno. También quedan incluidos aquellos otros hidrocarburos líquidos distintos de los anteriores que se utilicen como combustible de calefacción, así como cualesquiera otros productos que se destinen a ser utilizados como carburante, como aditivos para carburante o para aumentar el volumen final de un carburante, con excepción del gas natural, el metano, el gas licuado del petróleo y demás productos gaseosos equivalentes.

e) Hecho imponible

El artículo 9 número Cinco de la Ley 24/2001 establece como sujetas al impuesto tanto «las ventas minoristas de los productos comprendidos en su ámbito objetivo» como «las operaciones de autoconsumo de los productos gravados por los sujetos pasivos del impuesto».

Dentro del concepto «ventas minoristas» hemos de entender comprendidas dos tipos de operaciones, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 9 número Cuatro apartado primero de la Ley 24/2001. De un lado, las ventas o

entregas de los hidrocarburos incluidos en el ámbito objetivo del impuesto destinadas al consumo directo de los adquirentes. El precepto establece para este supuesto una presunción *iuris et de iure*, al considerar en todo caso como ventas minoristas las efectuadas en los «establecimientos de venta al público al por menor», entendiéndose por éstos tanto «los establecimientos que cuenten con instalaciones fijas para la venta al público para consumo directo de los productos comprendidos en el ámbito objetivo y que, en su caso, estén debidamente autorizadas conforme a la normativa vigente en materia de distribución de productos petrolíferos», como aquellos «establecimientos desde los que se efectúen los suministros de los productos comprendidos en el ámbito objetivo a consumidores finales que disponen de las instalaciones necesarias para recibirlos y consumirlos» (60). De otro lado, también se incluyen las importaciones y las adquisiciones intracomunitarias de los productos comprendidos en el ámbito objetivo cuando se destinan directamente al consumo del importador o del adquirente en un «establecimiento de consumo propio», entendidos tales como «los lugares o instalaciones de recepción y consumo final de los productos comprendidos en el ámbito objetivo en las que sus titulares los reciban(...)» en los supuestos descritos (61).

La Ley contempla asimismo un supuesto de no sujeción en el artículo 9 número Cuatro apartado

segundo, considerando no sujetas al impuesto las entregas de productos comprendidos en el ámbito objetivo que supongan su restitución o la sustitución por otros iguales al adquirente, cuando previamente hubieran sido devueltos por éste al vendedor tras haberlos recibido como consecuencia de una venta o entrega que hubiera estado sujeta al impuesto.

Por lo que respecta al devengo del impuesto, el número Ocho del artículo 9 de la Ley 24/2001 establece que éste tendrá lugar en el momento de la puesta de los productos comprendidos en el ámbito objetivo a disposición de los adquirentes o, en su caso, en el de su autoconsumo —siempre que el régimen suspensivo a que se refiere el artículo 20 de la Ley 38/1992, de 28 de diciembre, de Impuestos Especiales, haya sido ultimado—. Para el caso de las importaciones anteriormente descritas, el impuesto se devengará en el momento en que los productos comprendidos en el ámbito objetivo queden a disposición de los importadores —igualmente una vez que la importación a consumo de los mismos y el régimen suspensivo hayan quedado ultimados—.

f) Exenciones

La Ley reconoce en el número Seis de su artículo 9 un amplio listado de supuestos de ventas minoristas exentas del impuesto, habilitando el número Catorce de dicho artículo a las futuras Leyes de Presupuestos Generales del Estado para modificar las exenciones del impuesto.

A título meramente indicativo, podemos enumerar las siguientes exenciones:

1. Las realizadas en el marco de las relaciones diplomáticas, consulares e internacionales.

2. Las que tengan por sujetos adquirentes a fuerzas armadas no españolas.

3. Las destinadas a operaciones de avituallamiento de carburante a embarcaciones o aeronaves distintas de las privadas de recreo.

4. Las que tengan por objeto aceites usados comprendidos en el ámbito de la Ley 10/1998, de 21 de abril, de Residuos, y destinados a ser utilizados como combustible.

5. Las relativas a los productos comprendidos en el ámbito objetivo cuyo adquirente destine a determinados usos, de entre los que cabe destacar aquél por el que el adquirente tenga previamente reconocido el derecho a la devolución del Impuesto sobre Hidrocarburos que establece la letra a) del artículo 52 de la Ley de Impuestos Especiales. Los restantes usos de los hidrocarburos explicitados por la Ley que dan derecho a gozar de la exención son, en primer lugar, la producción de electricidad en centrales térmicas o cogeneración de electricidad y calor en centrales combinadas; en segundo lugar, la construcción, modificación, pruebas y mantenimiento de aeronaves y embarcaciones; en tercer lugar, las operaciones de dragado en vías navegables y puertos; y, por último, la inyección en altos hornos con fines de reducción química, añadidos al carbón que se utilice como combustible principal.

g) Sujetos pasivos y repercusión del impuesto

De acuerdo con el número Siete del artículo 9 de la Ley 24/2001, tendrán la consideración de sujetos

(60) Cfr. apartado segundo del número Cuatro del artículo 9 de la Ley 24/2001.

(61) Cfr. apartado tercero del número Cuatro del artículo 9 de la Ley 24/2001.

pasivos los propietarios de los productos gravados que realicen respecto de los mismos las operaciones sujetas al impuesto. En el supuesto de importaciones y adquisiciones intracomunitarias de los productos comprendidos en el ámbito objetivo que se destinen directamente al consumo del importador o del adquirente en un establecimiento de consumo propio, serán sujetos pasivos los titulares de dichos establecimientos. Ahora bien, en virtud del número Once de dicho artículo, apartado primero, estos sujetos pasivos deberán repercutir el importe de las cuotas devengadas sobre los adquirentes de los productos comprendidos en el ámbito objetivo, quedando éstos obligados a soportarlas, excepto en los casos en que el sujeto pasivo sea el consumidor final de aquellos.

Por otro lado, el apartado segundo del número Once dispone que, cuando exista la obligación de documentar la operación gravada en factura o documento equivalente, la repercusión de las cuotas devengadas deberá efectuarse en dicho documento, si bien de un modo separado al resto de los conceptos comprendidos en el mismo. No obstante, si lo solicitaren las personas o sectores afectados, la Administración tributaria podrá autorizar que la obligación de repercutir se cumpliera mediante la inclusión en el documento de la expresión «Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos incluido en el precio al tipo de...».

b) Cuantificación de la cuota tributaria

La cuota tributaria es el resultado de aplicar a la base imponible el tipo de gravamen que le correspon-

da. Así, en virtud de lo dispuesto en el número Nueve del artículo 9 de la Ley 24/2001, apartado primero, la base imponible del impuesto estará determinada en función del volumen de los productos objeto del impuesto —expresado éste en miles de litros—, a excepción del fuelóleo, respecto del cual la base estará constituida por el peso del producto —expresado en toneladas métricas—. Los apartados segundo y tercero de dicho número establecen que la determinación de la base imponible se efectuará en régimen de estimación directa, siendo sólo aplicable la estimación indirecta en los supuestos y en la forma prevista en la Ley General Tributaria.

Por lo que respecta al tipo de gravamen del impuesto, éste vendrá dado por la adición de los tipos estatal y autonómico, de acuerdo con lo establecido en el número Diez del artículo 9 de la Ley 24/2001, como vimos al analizar su naturaleza de tributo cedido a las Comunidades Autónomas. El tipo autonómico fue examinado con anterioridad, por lo que nos remitimos a lo ya expuesto con relación al mismo. Centrándonos, pues, en la regulación del tipo de gravamen estatal, éste queda determinado del modo siguiente: a) Gasolinas: 24 euros por 1.000 litros; b) Gasóleo de uso general: desde 24 euros por 1.000 litros; c) Gasóleo de usos especiales y de calefacción: 6 euros por 1.000 litros; d) Fuelóleo: 1 euro por tonelada; e) Queroseno de uso general: 24 euros por 1.000 litros; f) Queroseno de calefacción: 6 euros por 1.000 litros. No obstante, tales cuantías podrán ser actualizadas y modificadas anualmente en la Ley de Presupuestos Generales, tal y como se prevé en los números Diez y Catorce del artículo 9 de la Ley 24/2001, respectivamente.

i) Gestión tributaria

Según lo dispuesto en el Número Doce del artículo 9 de la Ley 24/2001, los sujetos pasivos estarán obligados a presentar las correspondientes declaraciones tributarias y, en su caso, a practicar las autoliquidaciones que procedan. Se prevé, asimismo, el establecimiento por parte del Ministro de Hacienda tanto del procedimiento liquidatorio del impuesto como de las normas de gestión precisas para el control del mismo.

115

II.3.5. El principio de equidad en el nuevo sistema de financiación sanitaria

Llegados a este punto, resta, a modo de cierre, detenerse en las diferentes «fórmulas de equidad» previstas en el nuevo sistema. Bajo esta denominación un tanto *sui generis* se pretende enmarcar aquellos mecanismos redistributivos que, además de los ya enumerados hasta el momento —Fondo de cohesión sanitaria y variables correctoras del criterio capitativo—, han sido adoptados con la finalidad de asegurar y garantizar el tantas veces mencionado principio de equidad, proclamado en los artículos 3 y 12 de la LGS, y entendido como igualdad efectiva en el acceso y disfrute de la asistencia pública sanitaria. Como se ha puesto de manifiesto, un sistema de financiación sanitaria basado única y exclusivamente en la capacidad fiscal de las distintas Comunidades Autónomas, de modo que el total de sus necesidades de gasto sanitario hubiera de ser cubierto con la obtención propia de recursos tributarios, no pare-

ce ser del todo coherente con esa igualdad efectiva en el acceso y prestación sanitaria en todo el territorio español proclamada por la citada LGS. En efecto, es patente que las diferencias en materia sanitaria entre las distintas Comunidades Autónomas no sólo radican en el diferente volumen de necesidades de gasto de cada una de ellas, sino, en igual medida, en las desiguales posibilidades de financiar éste a través de su capacidad fiscal propia. En este sentido, la Exposición de Motivos de la Ley 21/2001 recoge como uno de los principios inspiradores del sistema el «Principio de Solidaridad», el cual no es más que la garantía de que todas las Comunidades Autónomas puedan prestar sus servicios —entre los que, obviamente, se encuentra el sanitario— en condiciones equivalentes, con independencia de su notoria ausencia de capacidad tributaria uniforme. En consecuencia, procederemos a continuación a efectuar una somera referencia tanto del denominado «Fondo de Suficiencia» como de las «Asignaciones de Nivelación», manifestaciones ambos de los mencionados principios de equidad e igualdad del sistema público sanitario, y que se constituyen en mecanismos expresamente establecidos en orden a la consecución de los mismos.

a) El Fondo de Suficiencia

De entre los instrumentos que integran el sistema general de financiación de las Comunidades Autónomas, encontramos, además de los tributos cedidos ya analizados, el denominado «Fondo de suficiencia». Bajo esta expresión no se está sino haciendo referencia a la participación de las Comunidades Autó-

nomas en los ingresos del Estado regulada en el artículo 13 de la LOFCA, en su redacción anterior a la dada por la LO 7/2001. Esta afirmación queda patente en la propia Exposición de Motivos de dicha Ley, al afirmar que «junto a los tributos cedidos por el Estado y los recargos, otro de los mecanismos integrantes del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas es el constituido por otras participaciones en los ingresos del Estado (...). En este sentido, al concebirse un sistema de financiación integrado que, además, se caracteriza por un significativo aumento de la capacidad fiscal de las Comunidades Autónomas, la participación en ingresos del Estado se integra en el Fondo de Suficiencia (...). En consecuencia con lo expuesto, ha sido preciso modificar el citado artículo 13 de la LOFCA, el cual, en su nueva redacción dada por el artículo segundo de la LO 7/2001, preceptúa que «las Comunidades Autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía propio participarán, a través de su Fondo de suficiencia, en los ingresos del Estado».

La regulación del Fondo de suficiencia se encuentra comprendida, básicamente, en el artículo 13 de la LOFCA, según la redacción dada por la LO 7/2001, y en las Leyes 21/2001 y 23/2001, de 27 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2002. Este fondo es concebido en tales normas como una manifestación del principio de suficiencia y, sobre todo, del de solidaridad, pretendiendo asegurar la prestación de los servicios por parte de las Comunidades Autónomas en condiciones equivalentes, con independencia de las distintas capacidades de obtención de recursos tributarios. Estamos, por tanto, ante una de

esas «fórmulas de equidad» antes mencionadas, cuya finalidad última es la de cubrir la posible diferencia existente entre las necesidades de gasto y de financiación estimadas para cada Comunidad Autónoma y su respectiva capacidad fiscal. Así se constata en las Exposiciones de Motivos de las normas citadas, recogiendo tanto en la nueva redacción del artículo 13 de la LOFCA, que preceptúa que «el Fondo de suficiencia cubrirá la diferencia entre las necesidades de gasto de cada Comunidad Autónoma y Ciudad con Estatuto de Autonomía propio y su capacidad fiscal», como en la letra j) del artículo 6 de la Ley 21/2001, que en su apartado primero establece que «el Fondo de suficiencia en el año base 1999 es la diferencia, positiva o negativa, entre las necesidades totales de financiación de cada Comunidad Autónoma y el valor de los recursos establecidos en las letras anteriores».

En suma, el Fondo de suficiencia constituye el complemento de la capacidad fiscal propia que puedan desarrollar las distintas Comunidades Autónomas, destinado a igualar los posibles desequilibrios territoriales existentes entre éstas. Aunque dicho Fondo no aparece limitado únicamente al ámbito de la sanidad pública, parece que este campo se constituye como el principal a la hora de desplegar su eficacia, pretendiendo así dotar de efectividad al principio de igualdad en el acceso a la sanidad pública española.

b) Asignaciones de Nivelación

Por último, hemos de hacer referencia a las denominadas «Asignaciones de Nivelación», puesto que

la modificación efectuada en el régimen de éstas con ocasión de la aprobación del nuevo modelo de financiación autonómica, conlleva numerosas y relevantes implicaciones en el ámbito sanitario, concretamente, en los aspectos de suficiencia e igualdad en la prestación de los servicios sanitarios por parte de las Comunidades Autónomas.

La consecuencia principal en materia sanitaria que se deriva de la referida modificación es la expresa concepción de la sanidad como un servicio público fundamental. En efecto, el artículo tercero de la LO 7/2001 ha dado una nueva redacción al artículo 15 de la LOFCA, introduciendo en su apartado primero un inciso de gran relevancia. Así tras establecer, en idénticos términos a los empleados en la regulación anterior, que «el Estado garantizará en todo el territorio español el nivel mínimo de los servicios públicos fundamentales de su competencia», añade un segundo párrafo en el que preceptúa que «a efectos de este artículo se considerarán servicios públicos fundamentales la educación y la sanidad». Por tanto, una vez más, se hace patente la voluntad del legislador de priorizar y garantizar la suficiencia financiera de los servicios públicos sanitarios, afirmando que, en todo caso, la sanidad va a ser considerada –junto con la educación– como uno de esos servicios públicos fundamentales respecto de los cuales el Estado viene obligado a garantizar dentro de su territorio unos mínimos de prestación, con independencia de cualesquiera otros factores, según lo dispuesto en el apartado primero del artículo 158 de la Constitución.

Pasando a analizar la regulación concreta de las asignaciones de nivelación, el apartado segundo del

artículo 15 de la LOFCA, en su redacción dada por la LO 7/2001, dispone que cuando una Comunidad Autónoma, con la utilización de los recursos financieros regulados en los artículos 11 –tributos cedidos– y 13 –Fondo de suficiencia– de la propia LOFCA, no llegará a cubrir el nivel mínimo de la prestación del conjunto de los servicios públicos fundamentales que haya asumido, se establecerá, a través de los Presupuestos Generales del Estado, una asignación complementaria cuya finalidad será la de garantizar dicho nivel mínimo de prestación. En consecuencia, el apartado tercero del mismo artículo contempla cuándo debe considerarse como no alcanzado ese nivel mínimo, disponiendo que ello acontecerá cuando su cobertura se desvíe, en la cuantía que disponga la Ley, del nivel medio de los mismos en el territorio nacional. Pues bien, la Ley a la que hace referencia dicho artículo no es otra que la Ley 21/2001, la cual en su artículo 67, apartado primero, establece en su letra b) que a los efectos referidos, se considerará afectado el nivel de prestación del servicio público fundamental de la sanidad, cuando el incremento de la población protegida, debidamente ponderada en función de la edad, en la Comunidad Autónoma entre un año y el siguiente, expresado en términos porcentuales sea superior, en más de 3 puntos, al incremento porcentual que experimente en ese mismo período la media nacional. No obstante, el apartado tercero de este artículo reduce tales parámetros para el caso de que la superficie de las Comunidades Autónomas sea superior a 90.000 kilómetros cuadrados, en cuyo caso se entenderá afectado el nivel de prestación del servicio público fundamental de la sanidad –y

también el de la educación– cuando el incremento aludido sea superior en más de un punto a las medias nacionales que allí se establecen.

Cuando se produzcan las circunstancias referidas, el apartado segundo de dicho artículo 67 prevé un examen conjunto por parte del estado y de la Comunidad Autónoma afectada, tanto de las causas y posibles soluciones de tal situación como de la financiación de la Comunidad en su conjunto, con el fin de la procedencia o no de la participación de ésta en las asignaciones de nivelación. Por último, si se aprobase su procedencia, y la misma hubiere de reiterarse en un espacio de tiempo inferior a cinco años, el apartado cuarto del artículo 15 de la LOFCA, en su redacción dada por la Ley 7/2001, habilita al Gobierno a proponer, previa deliberación del Consejo de Política Fiscal y Financiera, a las Cortes Generales la corrección del Fondo de Suficiencia.

III. A MODO DE CONCLUSIONES

La integración de la financiación de la sanidad pública española en el modelo general de financiación autonómica y la culminación del proceso de transferencias de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, supone, de un lado, la total ruptura con una tradición histórica caracterizada por el sostenimiento de un modelo de financiación de la sanidad específico y separado de los cauces generales de financiación contenidos en la LOFCA para el resto de competencias transferidas, y el abandono

de un sistema enmarcado en una corriente de descentralización del gasto y centralización del ingreso, marcadamente finalista e instrumentado a través de aportaciones del Estado. De otro, deviene una clara apuesta por la autonomía financiera y la corresponsabilidad fiscal de las Comunidades Autónomas, principios que se erigen en pilares del nuevo sistema general de financiación autonómica y, por ende, del gasto sanitario. No obstante, el legislador no ha olvidado el necesario establecimiento de mecanismos que permitan corregir las desiguales capacidades fiscales de los distintos entes autonómicos y salvaguardar, de este modo, los principios de igualdad y equidad efectiva que en todo caso han de informar el acceso y la prestación de los servicios sanitarios.

Ahora bien, el acertado tránsito hacia una línea de ingreso o espacio fiscal efectuado en el nuevo sistema de financiación autonómica de la sanidad pública aprobado por la Ley 21/2001, no es óbice para pergeñar, siquiera a modo de apunte, dos reflexiones críticas en torno a determinados aspectos del mismo. La primera de ellas gira en torno al sistema de determinación de las necesidades de financiación del gasto sanitario de las distintas Comunidades Autónomas. Pues bien, pese a que se introducen en el mismo las variables de población mayor de sesenta y cinco años e insularidad a los efectos de modular el criterio de población protegida, se constata como han sido obviados otros indicadores de evidente incidencia en la conformación de tales necesidades –niveles de renta, población menor de cinco años, etc.–, cuya inclusión pudiera haber dado lugar a una estimación más realista del gasto sanitario de los respecti-

vos territorios autonómicos. A ello se le añade el hecho de que la variable de pacientes desplazados no ha sido incluida dentro de los criterios distributivos del Fondo General, sino que se ha creado un fondo específico, de relevancia cuantitativa muy inferior a aquél, destinado a contemplar el coste de la asistencia sanitaria a pacientes desplazados.

La segunda de las consideraciones a apuntar se refiere a la figura del nuevo Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos. Su creación por la Ley 24/2001, de 27 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, es decir, la Ley de *acompañamiento* a la de Presupuestos Generales del Estado para el año 2002, junto con la total afectación del mismo a la financiación del gasto sanitario –y, en su caso, al medioambiental–, se configuran como elementos suficientes para el planteamiento de la posible inconstitucionalidad del Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos.

Así, por lo que respecta al empleo de la Ley de acompañamiento a la de Presupuestos como instrumento de creación del nuevo impuesto, las dudas respecto a su constitucionalidad surgen si se toman en consideración las dos premisas siguientes. Primera, la prohibición de la creación de tributos a través de las Leyes de Presupuestos, según lo dispuesto en el párrafo séptimo del artículo 134 de la Constitución. Segunda, la naturaleza de Leyes instrumentales de las de Presupuestos que poseen las denominadas Leyes de *acompañamiento*. En efecto, colegimos con CAAMAÑO ANIDO en que mal puede la Ley de acompañamiento crear un tributo cuando dicha función se encuentra expresamente

prohibida por la Constitución para la Ley a la que aquélla complementa (62).

También la afectación del impuesto a la financiación de las necesidades de gasto sanitario puede suscitar problemas de constitucionalidad, al oponerse al principio de universalidad presupuestaria del artículo 134 párrafo segundo de la Constitución, principio que se proyecta en el mandato de no afectación entre ingresos y gastos contenido en los artículos 23 de la Ley General Presupuestaria y 27 de la Ley General Tributaria. Este último artículo establece que «el rendimiento de los tributos del estado se destinará a cubrir sus gastos generales, a menos que, a título excepcional y mediante una Ley, se establezca una afectación concreta». Hemos de cuestionarnos, cuanto menos, el carácter de excepcionalidad que cabe atribuir al presente caso para justificar la afectación del impuesto (63). No obstante, aún en el caso de sostener la procedencia de la afectación sobre la base del aseguramiento de una financiación suficiente de la sanidad –argumentando el carácter de servicio público fundamental que expresamente se le ha conferido por la Ley 7/2001–, cabría interrogarse de nuevo en torno al hecho de que tal afectación venga clada por una Ley de *acompañamiento* a la de Presupuestos.

(62) Sobre la posible inconstitucionalidad de la creación del Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos por la Ley de *acompañamiento* a la de Presupuestos para el año 2002, vid. CAAMAÑO ANIDO, M. A.: «Tres notas...», op. cit., págs. 160 a 164.

(63) En este sentido vid. CAAMAÑO ANIDO, M. A.: «Tres notas...», op. cit., pág. 166.